LA

CONFUSION MENTALE

PRIMITIVE

9522-95. — Corbeil. Imprimerie Crété.

LA

CONFUSION MENTALE

PRIMITIVE

STUPIDITÉ,

DÉMENCE AIGUE, STUPEUR PRIMITIVE.

PAR

Le Dr Ph. CHASLIN

MÉDECIN ADJOINT DE L'HOSPICE DE BICÊTRE

MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

ASSOCIÉ DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MENTALE DE BELGIQUE

PARIS

ASSELIN ET HOUZEAU

LIBRAIRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Place de l'École-de-Médecine

1895

AVANT-PROPOS

Il y a deux ans, dans une communication au congrès de Blois, puis dans un mémoire inséré dans les *Annales médico-psychologiques*, je rappelais l'attention des médecins français sur la *Confusion mentale.* Cette tentative fut accueillie par de vives critiques, et pourtant l'année suivante, au congrès de la Rochelle, on put entendre des communications sur la *Confusion* où on rendait enfin également justice à Delasiauve. De nouveaux travaux et même des leçons cliniques ayant depuis été faits sur ce sujet, je crois le moment venu d'essayer de tracer un tableau d'ensemble de cet état pathologique. Celui-ci se rencontre dans la clientèle et à l'hôpital plus souvent qu'à l'asile ; aussi il me semble que cet essai, dont je ne me dissimule

d'ailleurs pas les imperfections ni les lacunes, pourrait peut être intéresser un cercle médical plus étendu que celui si restreint des aliénistes.

C'est dans les chapitres de la démence et de l'idiotie des anciens auteurs que nous trouvons les premières traces de la confusion mentale primitive. Un trouble mental, dont l'apparence psychologique principale est un affaiblissement des manifestations intellectuelles devait naturellement être confondu avec les autres troubles dont la faiblesse intellectuelle fait le fond. Ce n'est que peu à peu, l'idiotie et la démence une fois séparées franchement l'une de l'autre, que l'on s'est aperçu de l'existence à part d'un trouble particulier qui leur ressemble, mais en est distinct. A partir de l'idiotisme de Pinel, la confusion mentale a eu des destinées diverses; méconnue ici et reconnue là par erreur, ses limites furent tantôt trop étroites, tantôt trop étendues; il lui est même arrivé le malheur suprême de disparaître à peu près complètement, et cela dans sa patrie d'origine. Cette disparition a tenu à deux causes principales: d'abord à la classification purement psychologique de

la folie, dans laquelle un seul symptôme mental suffisait à définir une forme particulière, et ensuite plus tard à la manière dont les imitateurs ou les échos de Morel ont envisagé la dégénérescence. Cette dernière conception constitua un progrès, mais elle fut et est encore funeste non par elle-même, mais par l'application que quelques-uns ont voulu faire de cette théorie. La confusion mentale a donc souffert fortement en France de l'influence des conceptions doctrinales.

Née dans notre pays et bien établie sur des bases très larges, il y a trente ans, elle a été retrouvée depuis à l'étranger, je ne parle que de l'Allemagne, dont les autres pays comme l'Italie et l'Angleterre ne sont, dans ce sujet, que le reflet. En Allemagne, c'est du groupe des délires primitifs qu'elle s'est peu à peu séparée, et encore avec peine, et encore incomplètement.

A part les conceptions doctrinales qui, touchant la paranoia, ont retenti sur elle, ce qui a gêné le plus son essor est, je crois, la circonstance que le signe clinique confusion, qui prédomine chez elle au point de vue mental, peut

être produit par des mécanismes psychologiques différents que l'on n'a d'abord pas distingués les uns des autres. Cette même circonstance avait d'ailleurs eu son influence sur les descriptions de la confusion que l'on a données chez nous autrefois. Enfin, toujours en Allemagne, le langage peu clair et la terminologie multiple et souvent contradictoire, les hypothèses anatomiques et psychologiques n'ont pas peu contribué à obscurcir le sujet, et il n'est souvent pas facile de comprendre exactement la pensée des auteurs.

C'est sous le bénéfice de ces remarques que j'aborderai dans la première partie de cet essai, l'exposé des travaux qui traitent de la confusion mentale primitive.

Ces travaux sont nombreux et peut-être va-t-on me reprocher de m'étendre trop sur eux, d'abuser des longues citations, ce qui m'expose à des redites fâcheuses : c'est avec intention que je le fais, que je mets les textes mêmes sous les yeux du lecteur, pour qu'il soit clair et évident que les anciens aliénistes français ont eu quelque mérite ; que dis-je... pour qu'il soit clair et évident qu'ils ont existé. Cela

me paraît nécessaire, car il est de mode aujourd'hui d'ignorer nos prédécesseurs et de croire que l'aliénation mentale vient d'être inventée.

Dans la deuxième partie, dans les chapitres de la symptomatologie, de la psychologie pathologique, de l'étiologie et de la pathogénie, je m'efforcerai d'exposer ce qui est acquis sur l'affection qui m'occupe. On a l'habitude de présenter presque toujours les questions comme finies, fermées, résolues ; le contraire me semblerait plus utile pour l'accroissement de nos connaissances; à côté du peu que nous savons, je voudrais aussi montrer tout ce que nous ne savons pas sur la confusion mentale primitive.

Au dernier moment je prends connaissance, trop tard pour pouvoir l'utiliser, du livre de M. Friedmann, *Ueber den Wahn*, Wiesbaden, 1894.

PREMIÈRE PARTIE

CHAPITRE PREMIER

Historique.

I

Il n'est pas utile de remonter plus haut que Pinel, bien que quelques auteurs anciens, notamment Sauvages (1), aient compris dans leur nomenclature mentale des formes de folie qui se rapprochent de celle qui fait l'objet de cette étude, car ceux-ci n'avaient pas tracé de limite certaine entre « la privation congénitale ou infantile de l'intelligence et la suspension intellectuelle de l'âge mûr. »

Pinel (2), dans son traité, n'admet que quatre espèces d'aliénations : la *manie*, la *mélancolie*, la *démence*, enfin l'*idiotisme*. Cette dernière est une sorte de stupidité plus ou moins prononcée

(1) Sauvages, *Nosologie méthodique*.

(2) Pinel, *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*, 2e éd., 1809.

avec un cercle très borné d'idées et la nullité de caractère.

Pinel confondait donc sous le terme d'*idiotisme* des états bien divers; lui-même d'ailleurs distingue une sorte d'idiotisme produite, dit-il, par les affections vives et inattendues. « Certaines personnes, douées d'une sensibilité extrême, peuvent recevoir une commotion si profonde par une affection vive et brusque que toutes les fonctions morales en sont comme suspendues ou oblitérées : une joie excessive, comme une forte frayeur, peut produire ce phénomène si inexplicable. Un artilleur, l'an II de la République, propose au comité de Salut public le projet d'un canon de nouvelle invention dont les effets doivent être terribles; on en ordonne pour un certain jour l'essai à Meudon, et Robespierre écrit à son inventeur une lettre si encourageante que celui-ci reste comme immobile à cette lecture et qu'il est envoyé à Bicêtre dans un état complet d'idiotisme. » Pinel ajoute que des affections vives et inattendues produisent aussi quelquefois le même effet sur les jeunes filles, surtout au moment des règles. Dans un paragraphe spécial

intitulé : *L'idiotisme, espèce d'aliénation fréquente dans les hospices, guéri quelquefois par un accès de manie*, il rapporte tout au long une observation de ce genre et il insiste sur la cause à laquelle était due, d'après lui, cette espèce d'aliénation. L'hospice de Bicêtre « était regardé comme un lieu de retraite et de rétablissement pour ceux qu'on avait soumis d'ailleurs à un traitement très actif par les saignées, les bains et les douches. Un grand nombre arrivaient dans un état de faiblesse, d'atonie et de stupeur, au point que plusieurs succombaient quelques jours après leur arrivée : certains reprenaient leurs facultés intellectuelles par le rétablissement gradué des forces, d'autres éprouvaient des rechutes dans la saison des chaleurs ; quelques-uns, surtout dans la jeunesse, après avoir resté plusieurs mois ou même des années entières dans un idiotisme absolu, tombaient dans une sorte d'accès de manie qui durait vingt, vingt-cinq ou trente jours et auquel succédait le rétablissement de la raison par une sorte de réaction interne. »

La classification d'Esquirol présenta un progrès sur celle de Pinel. Il admettait la

manie, la monomanie avec une variété, la mélancolie, la démence et l'idiotie ; il avait rejeté l'expression d'idiotisme parce que ce dernier mot a déjà une signification grammaticale, et il avait réuni à la démence, en la qualifiant alors d'aiguë, l'absence accidentelle de l'entendement que Pinel avait décrite comme une sorte d'idiotisme. Il admettait que la démence est aiguë ou chronique, simple ou compliquée, continue, rémittente ou intermittente, et il insistait sur trois variétés principales : la démence chronique qui peut guérir pourtant, la démence sénile et la démence aiguë (les variétés dites compliquées rentraient dans la paralysie générale). La démence aiguë (1) vient à la suite d'écarts passagers de régime, d'une fièvre, d'une hémorragie, d'une métastase, de la suppression d'une évacuation habituelle, du traitement débilitant de la manie : son invasion est assez brusque et elle se termine quelquefois heureusement par une explosion de manie aiguë. La définition qu'il donne de la démence est la suivante : « c'est une affection cérébrale,

(1) Esquirol, *Des maladies mentales*, t. II, p. 64, Bruxelles, 1834.

ordinairement sans fièvre et chronique, caractérisée par l'affaiblissement de la sensibilité, de l'intelligence et de la volonté : l'incohérence des idées, le défaut de spontanéité intellectuelle et morale sont les signes de cette affection. L'homme qui est dans la démence a perdu la faculté de percevoir convenablement les objets, d'en saisir les rapports, de les comparer, d'en conserver le souvenir complet; d'où résulte l'impossibilité de raisonner juste.

« Dans la démence, les impressions sont faibles, soit parce que la sensibilité des organes des sensations est affaiblie, soit parce que les organes de transmission ont perdu de leur activité, soit enfin parce que le cerveau lui-même n'a plus assez de force pour percevoir et retenir l'impression qui lui est transmise ; d'où il résulte nécessairement que les sensations sont faibles, obscures, incomplètes. Les individus en démence ne sont pas susceptbles d'une attention assez forte ; ne pouvant se faire une idée claire et vraie des objets, ils ne peuvent ni comparer, ni associer les idées, ni abstraire ; l'organe de la pensée n'a pas assez d'énergie, il est privé de la force tonique nécessaire à l'inté-

grité de ses fonctions. Dès lors, les idées les plus disparates se succèdent indépendantes les unes des autres, elles se suivent sans liaison et sans motif; les propos sont incohérents; les malades répètent des mots, des phrases entières, sans y attacher de sens précis; ils parlent comme ils raisonnent, sans avoir la conscience de ce qu'ils disent. Il semble qu'ils aient des comptes faits dans leur tête, qu'ils répètent, obéissant à des habitudes anciennes, ou cédant à des consonances fortuites.

« Plusieurs de ceux qui sont en démence ont perdu la mémoire, même pour les choses qui touchent de plus près à leur existence. Mais c'est surtout la faculté de rappeler les impressions récemment reçues qui est essentiellement altérée; ces malades n'ont que la mémoire des vieillards, ils oublient dans l'instant ce qu'ils viennent de voir, d'entendre, de dire, de faire; c'est la mémoire des choses présentes qui leur manque, ou plutôt la mémoire ne les trahit-elle point, parce que les sensations étant très faibles, les perceptions l'étant aussi, ne laissent point ou presque point de traces après elles. Aussi plusieurs ne déraisonnent que parce que

les idées intermédiaires ne lient point entre elles les idées qui précèdent à celles qui suivent; on voit évidemment les lacunes qu'ils auraient à remplir pour donner à leurs discours l'ordre, la filiation, la perfection d'un raisonnement suivi et complet (1).

« L'énergie de la sensibilité et des facultés intellectuelles, qui est toujours en rapport avec l'activité des passions, étant presque éteinte, les passions sont nulles ou presque nulles dans la démence. Les aliénés en démence n'ont ni désirs, ni aversions, ni haine, ni tendresse; ils sont dans la plus grande indifférence pour les objets qui leur étaient le plus chers ; ils voient leurs parents et leurs amis sans plaisir et s'en séparent sans regrets; ils ne s'inquiètent pas des privations qu'on leur impose et se réjouissent peu des plaisirs qu'on leur procure; ce qui se passe autour d'eux ne les affecte point; les événements de la vie ne sont presque rien pour eux, parce qu'ils ne peuvent les rattacher à aucun souvenir, ni à aucune espérance; indifférents à tout, rien ne les touche; ils rient

(1) Tout ce passage est frappant; la suite s'applique plutôt à la démence telle que nous l'entendons aujourd'hui.

et jouent alors que les autres hommes s'affligent; ils répandent des larmes et se plaignent alors que tout le monde est satisfait et qu'ils devraient l'être eux-mêmes ; si leur position les mécontente, ils ne font rien pour la changer.

« Le cerveau, dans l'atonie, ne fournissant plus de sensations pour la production des idées au raisonnement, ni des signes au jugement, les déterminations sont vagues, incertaines, variables, sans but et sans passions. Ceux qui sont en démence sont sans spontanéité, ils ne se déterminent pas, ils s'abandonnent, se laissent conduire; leur obéissance est passive, ils n'ont pas assez d'énergie pour être indociles ; aussi sont-ils souvent le jouet de ceux qui veulent abuser de leur fâcheux état. Cependant ils sont irascibles comme tous les êtres débiles et dont les facultés intellectuelles sont faibles ou bornées, mais leur colère n'a que la durée du moment ; elle n'a point de ténacité comme celle des maniaques et surtout des lypémaniaques; ces malades sont trop faibles pour que leur fureur soit de longue durée ; ils ne sauraient soutenir longtemps tant d'effort. »

Esquirol cite un cas intermittent où le ma-

lade dans un moment de lucidité répondit à son interrogation sur ce qui se passait en lui : « Dans cet état mon intelligence est nulle, je ne pense pas, je ne vois et n'entends rien ; si je vois, si j'apprécie les choses, je garde le silence, n'ayant pas le courage de répondre. Ce défaut d'activité dépend de ce que *mes sensations sont trop faibles pour qu'elles agissent sur ma volonté* ». (C'est Esquirol qui souligne.)

Comme il réunit dans sa démence des faits différents, sa description et ses considérations générales ne sont pas toutes applicables à la démence aiguë seule. L'apparition de la démence se ferait surtout après quarante ans, surtout de quarante à cinquante ; parmi les causes, il compte les désordres et cessation de la menstruation, les fièvres cérébrales et peu fréquemment les causes morales, souvent le traitement débilitant par les saignées. Mais Esquirol distingue de la démence le délire tranquille, taciturne, triste, avec idées incohérentes, sans force et sans énergie, qui se développe dans la convalescence de la manie très aiguë et des fièvres ataxiques cérébrales. Pour lui ce ne serait qu'un passage de la maladie à la con-

valescence. Il faut noter encore que pour lui le pronostic de la démence en bloc est grave, puisqu'il y aurait la moitié des cas mortels, mais la forme aiguë est d'un pronostic favorable.

Georget (1) adopte la classification suivante : manie, monomanie, stupidité, démence et idiotie. Il appelle *stupidité* la démence aiguë d'Esquirol, pour bien la séparer de la démence proprement dite, car cette stupidité est un trouble intellectuel qui guérit aussi bien que le délire maniaque, contrairement à la démence véritable qui ne guérit jamais. Il définit la stupidité, l'absence accidentelle de la manifestation de la pensée, soit que le malade n'ait pas d'idées, soit qu'il ne puisse les exprimer. « Les aliénés stupides paraissent être dans un état complet d'anéantissement moral. Ils sont indifférents à tout ce qui les entoure, insensibles à l'action des objets environnants ; leur extérieur annonce une tranquillité parfaite. La sensibilité générale est toujours affaiblie ; les malades ne se sentent pas, urinent sans s'en apercevoir. Ce n'est qu'après la guérison qu'on peut savoir d'eux quel était le véritable état mental qui les affectait... »

(1) Georget, *De la folie*, 1820.

Georget donne des exemples, entre autres celui d'une jeune fille qui à la suite d'une commotion morale présenta l'aspect suivant : pâleur générale, air hébété, nulle réponse aux questions qu'on lui fait, indifférence pour les personnes et objets environnants, enfin déjections involontaires. Une fois guérie, elle dit qu'elle entendait les questions, mais que ses idées venaient en si grand nombre et si confusément, qu'il lui était impossible d'en exprimer aucune. D'autres malades accusaient « une telle *défaillance* d'esprit qu'il leur était impossible d'assembler deux idées malgré tous les efforts tentés pour cela ».

Georget, dans le *Dictionnaire de médecine* (1), parlant de la démence aiguë et renvoyant à l'article Stupidité (qui ne se trouve d'ailleurs pas), dit que quelques aliénés sont dans un état aigu et continuel de *stupeur*, les uns privés de la faculté de penser, de sentir et de vouloir ; les autres ayant les idées dans un tel état de confusion qu'ils ne pouvaient s'arrêter à aucune ; enfin quelques-uns, chez qui cette démence

(1) Georget, art. Folie, *Dict. de médecine*, 2e éd., 1836, t. XIII, à la p. 277.

aiguë n'est qu'apparente, une idée délirante particulière commandant l'immobilité et le mutisme.

Etoc-Demazy (1), dans sa thèse inaugurale, s'occupa avec détails de ce trouble particulier qui commençait à attirer l'attention et il en rapportait la génèse à une suffusion œdémateuse qu'il avait rencontrée dans un certain nombre d'autopsies; sa conclusion était que « la stupidité n'est pas un genre particulier d'aliénation mentale; c'est une complication de la manie et de la monomanie ». Il différenciait la stupidité de la démence et il mettait en garde avec Georget contre l'erreur possible de prendre pour de la stupidité certains états de la monomanie qui en ont l'apparence, mais dans lesquels l'aliéné garde le silence et paraît absorbé, sous l'empire d'une préoccupation délirante ou d'une hallucination.

Guislain (2) a rangé sous le nom d'extase des faits où il y a, soit isolé, soit en compli-

(1) Etoc-Demazy, *De la stupidité considérée chez les aliénés, recherches faites à Bicêtre et à la Salpêtrière*, 1833.

(2) Guislain, *Traité sur les phrénopathies*, Bruxelles, 1833, p. 255. (Je n'ai pas consulté les éditions ultérieures de Guislain.)

cation avec d'autres formes, un état de « hyperplexie », c'est-à-dire d'étonnement, d'embarras, absence, perplexité, stupeur (ce sont ses propres expressions). Mais sa description est fort incomplète.

Scipion Pinel (1) continue les recherches d'Etoc, en 1838; puis dans son livre il consacre un paragraphe spécial à ce trouble mental, sous le titre : stupeur, démence aiguë, œdème du cerveau, stupidité de Georget, stupeur aiguë des aliénés d'Orfila (2). Il rapporte de nombreuses observations.

Calmeil (3), en 1835, distingue la démence aiguë de la stupidité. Pour lui, dans celle-ci l'oblitération des facultés intellectuelles est à peu près complète, tandis que celle-là comporte toutes les nuances d'affaiblissement de l'intellect. Il sépare aussi de ces deux formes certaines monomanies extatiques ou cataleptiformes que quelques médecins tendraient à réunir.

Pendant ce temps-là, Ferrus faisait des

(1) Scipion Pinel, *Traité de pathologie cérébrale*, 1844, p. 228 et suivantes.

(2) Orfila, cité par Pinel.

(3) Calmeil, art. DÉMENCE, *Dict. de méd.*, 2e éd., t. X, 1835, p. 70.

leçons cliniques à Bicêtre, où il insistait sur tous les détails de l'état stupide. Dans la *Gazette médicale de Paris*, ses leçons reproduites ne portent que sur la démence et l'idiotie, mais dans la *Gazette des hôpitaux* de 1838 (1), nous trouvons une leçon entière sur la stupidité. Sa définition la sépare d'emblée de ces deux autres formes : « Par le mot *stupidité*, on doit entendre l'abolition ou plutôt la suspension rapide apyrétique et curable de toutes les facultés cérébrales. » Elle peut être incomplète. Dans le premier degré il n'y a qu'une simple obtusion des facultés intellectuelles, instinctives et morales ; le malade regarde, mais ne voit que confusément, indifférent, insensible, sans opération intellectuelle. Dans le degré complet l'anéantissement des facultés cérébrales, l'affaiblissement de l'habitude physique et l'inertie sont à leur comble ; les sens sont abolis, le mutisme est continuel, la motilité supprimée par défaut de volonté ; le malade se laisserait mourir de faim si on ne le nourrissait pas ; la peau est pâle, froide, insensible, les

(1) Ferrus, *Cours sur les maladies mentales*, Gaz. des hôp., 1838, p. 600.

déjections involontaires. Ferrus fait le diagnostic avec la catalepsie, l'apoplexie, le silence opiniâtre de certains maniaques, la concentration du mélancolique, la stupeur de la fièvre typhoïde ou de quelques accès d'épilepsie. La stupidité peut succéder à un délire général ou partiel, à de simples hallucinations ou se terminer par eux. Il admet l'œdème d'Étoc, et comme causes celles mentionnées par Pinel, Esquirol et Georget. Il cite comme exemple de stupidité le perroquet de Bougainville devenu aliéné par l'effroi que lui causa un combat naval. Il insiste au traitement sur le régime tonique.

Ainsi, comme le faisait remarquer Delasiauve, la stupidité était admise finalement vers 1843 comme une forme particulière provenant d'un léger œdème du cerveau ou d'une sorte d'étonnement nerveux. On n'admettait d'ailleurs que des types tranchés où l'automatisme était presque absolu, la sensibilité morale presque indifférente, la compréhension très affaiblie. On n'accordait aux hallucinations, vagues ou rares et d'ailleurs à peine mentionnées, qu'une valeur d'épiphénomène; le fond était l'inertie,

le mouvement hallucinatoire était l'accessoire, accidentel et mobile. On différenciait la stupeur liée à la stupidité d'avec celle qui se produisait dans d'autres formes.

C'est alors que Baillarger(1) vint porter à cette opinion une atteinte qui lui fut fatale. Contrairement à ses prédécesseurs, chez tous les stupides qu'il interrogea, il rencontra constamment l'activité intellectuelle, malgré l'embarras des idées, avec une couleur constante du délire. Celui-ci était dans tous les cas de nature triste et souvent accompagné d'idée de suicide. Dans le travail qu'il consacre à ce sujet, il apporte six observations personnelles à l'appui de son opinion, et il trouve une confirmation de ses vues dans une septième observation qu'il emprunte à Etoc. Il discute les autres observations d'Etoc, de Georget et même de Ferrus et trouvant dans les cas où le délire était mentionné, que celui-ci était de nature triste, il conclut en rattachant la stupidité à la mélancolie. Sa huitième observation est

(1) Baillarger, *De l'état désigné chez les aliénés sous le nom de stupidité*, 1843; reproduit dans *Recherches sur les mal. ment.* t. I, 1890, p. 85.

fort intéressante, parce qu'il lui semble difficile de faire rentrer ce cas dans les deux formes de mélancolie décrites par Esquirol; aussi croit-il qu'il y en aurait une troisième qui aboutirait à l'état considéré comme stupidité. Voici les réflexions qu'il fait à propos de l'aliénée de sa huitième observation : « Cette femme était assurément mélancolique, mais il est impossible de rattacher cette forme de mélancolie à celle dans laquelle les malades sont mobiles, irritables, toujours en mouvement à la recherche de leurs ennemis et racontent à tout venant leurs maux, leurs craintes, leur désespoir. » Il est également impossible de la comparer à la seconde variété indiquée par Esquirol et dans laquelle « l'immobilité du corps, la fixité des traits de la face, le silence obstiné trahissent la contention douloureuse de l'intelligence et des affections, etc.

« Les symptômes qui dominent ici, ce sont : l'embarras des idées, des illusions, des hallucinations, une sorte de fatigue de tête, ou même, pour me servir de cette expression caractéristique de la malade, une sorte d'ahurissement; puis, en dehors de ces symptômes, l'apathie,

l'immobilité, un état général d'oppression ; et, en effet, elle ne s'agite pas, ne crie jamais, passe sa journée sans dire un mot, et répond à peine aux questions qu'on lui fait.

« Ces symptômes ressemblent beaucoup à ceux de la stupidité, dont ils ne sont qu'un diminutif. Ce que cette femme raconte après sa guérison offre surtout la plus grande analogie avec ce que disent les aliénés stupides après la cessation de leur délire. Il suffira pour s'en convaincre de comparer les faits.

« Il y aurait donc trois sortes de mélancoliques :

« 1° Ceux qui sont mobiles, irritables et qui vont raconter à tout venant leurs maux, leurs craintes, leur désespoir, etc. ;

« 2° Ceux qui, par suite d'idées fixes, parfaitement déterminées, gardent un silence obstiné, et chez lesquels tout indique l'activité intérieure de la pensée et la contention douloureuse de l'intelligence ;

« 3° Les mélancoliques immobiles, inertes, mais par apathie, par suite d'embarras intellectuel et d'oppression des forces. Ceux-ci répondent, mais lentement, avec peine ; il faut

les exciter : ils cherchent leurs idées, répètent les questions qu'on leur fait, comme pour les mieux comprendre ; enfin, ils ont des illusions nombreuses.

« Les malades appartenant aux deux premières variétés, soit qu'ils parlent et s'agitent, soit qu'ils se taisent et restent immobiles, sont dans un état actif. Les derniers sont, au contraire, dans un état tout passif.

« C'est cette variété de la mélancolie, qu'on pourrait appeler passive, avec stupeur, avec embarras intellectuel, qui paraît être comme un premier degré de beaucoup de cas de stupidité. Chez les stupides, il y a aussi torpeur, apathie, engourdissement, oppression des forces, mais ces symptômes sont plus prononcés ; les objets extérieurs sont aussi transformés, mais d'une manière plus complète, l'intelligence est plus embarrassée, et les malades perdent la conscience du temps, des lieux, des personnes, etc.

« La stupidité est à la mélancolie avec stupeur ce que la manie très aiguë est à l'excitation maniaque. Dans la manie très aiguë, le malade n'a plus conscience de ce qui se passe

autour de lui, il ne reconnaît plus personne, toutes ses impressions sont transformées, l'incohérence des idées est complète, l'agitation extrême. Dans la simple excitation maniaque, il y a aussi de l'incohérence, des illusions des sens, de l'agitation ; mais on peut fixer plus ou moins longtemps l'attention du malade, qui sait où il est et reconnaît souvent les personnes qui l'entourent. Ce malade, s'il transforme quelques-unes de ses impressions, en perçoit un grand nombre comme dans l'état normal. Ces deux états ne sont que deux degrés différents de la même maladie, et on arrive graduellement de l'un à l'autre par des nuances presque insensibles.

« Il en est très souvent de même de la stupidité et de la variété de mélancolie dont j'ai parlé ; l'une ne semble être que l'exagération de l'autre.

« Les observations de stupidité analogues à celles que j'ai rapportées me paraîtraient donc devoir être séparées de la mélancolie ordinaire pour former une variété tout à fait spéciale de ce genre de folie.

« Je ne prétends, d'ailleurs, en aucune ma-

nière étendre cette opinion à tous les faits, mais je la crois applicable au plus grand nombre. »

Cet article, dont j'ai cité une grande partie à cause de son importance historique, produisit tellement d'effet que la plupart des aliénistes comme Renaudin (1), Thore et Aubanel (2) se rallièrent à l'opinion de Baillarger. Pourtant, cinq ans après, Brierre de Boismont (3), dans la *Bibliothèque du médecin praticien*, décrit une démence aiguë qui ne doit pas être confondue avec la stupidité. Elle serait rare, elle serait caractérisée par une incohérence complète, la perte de la mémoire et il en cite deux cas, chez deux femmes : l'une âgée de quatre-vingts ans et l'autre de soixante-seize, terminés d'ailleurs par la guérison. Il décrit à part la stupidité, sans dire s'il adopte l'opinion de Baillarger, mais il est certain qu'il ne partage pas sa manière de voir, car à l'article LYPÉMANIE il ne mentionne pas la stupeur, et plus tard dans le *Supplément du Dictionnaire des dictionnaires*

(1) Renaudin, *Rapport sur l'asile de Fains*, 1846, p. 78.
(2) Thore et Aubanel, *Recherches statistiques sur l'aliénation*.
(3) Brierre de Boismont, *Bibl. du méd. praticien*, Maladies mentales, t. IX, 1849 ; V. p. 452 et suiv., 531, 538.

de médecine (1), il consacre un article spécial à la stupidité.

Le travail de Baillarger suscita des discussions et son adversaire le plus important fut Delasiauve. Dans une lecture sur la folie envisagée au point de vue théorique, faite à l'Académie de médecine en 1845 (2) et même auparavant, en 1842, dans un essai de classification publié dans le *Recueil de l'Eure* (3), celui-ci avait déjà adopté l'opinion de Ferrus et de Georget concernant la stupidité. Aussi, pour défendre cette opinion, fit-il paraître en 1851 un article sur le diagnostic différentiel de la lypémanie (4). Il accepta l'existence de la lypémanie, mais il insista sur ce point que les idées mélancoliques ne sont pas caractéristiques de cette forme d'aliénation, car il faut tenir compte de tous les symptômes, de leur

(1) Brierre de Boismont, art. STUPIDITÉ, Supplément au Dict. des Dictionnaires de médecine (sous la direction de A. Tardieu), 1850.

(2) Je n'ai trouvé qu'un *rapport de Ferrus, Falret et Collineau* sur une lecture de Delasiauve, *Considér. théor. sur l'aliénat. ment.*, dans le *Bull. Ac. de méd.*, 1845-6, t. XI, p. 45-52, qui ne renferme rien d'utile pour le sujet.

(3) Ne se trouve pas à la Biblioth. de la Faculté.

(4) Delasiauve, *Du diagnostic différentiel de la lypémanie*, Annales médico-psychologiques, t. III, 1851, p. 380.

genèse, de tout l'ensemble des phénomènes présentés par le malade et de la marche de la maladie pour pouvoir établir un diagnostic.

Pour le dire immédiatement, Delasiauve avait raison contre Baillarger en voulant séparer complètement une forme stupide de la mélancolie, il avait raison de vouloir considérer l'ensemble pour faire le diagnostic, et il se révélait ainsi vrai clinicien, supérieur en cela à son adversaire ; mais il avait tort quand il niait complètement l'existence de la mélancolie avec stupeur.

Je reviens à l'article de Delasiauve. Il accepte l'existence de la lypémanie, mais il croit que la stupidité ne peut être considérée comme une variété du délire mélancolique. Aussi, pour bien différencier les deux types l'un de l'autre, se livre-t-il à un parallèle entre eux deux, en opposant leurs symptômes les uns aux autres. La lypémanie (1) consiste dans l'exagération, dans la fixité d'un sentiment dépressif ; sous l'empire de ce chagrin profond, tout l'aliéné reflète cet état émotionnel par la physionomie, l'attitude, le langage et la résistance opposée à

(1) Le tableau clinique est excellent.

tout ce que l'on veut lui faire faire. Mais les facultés générales ne sont point détruites, elles sont seulement modifiées ou amoindries par la direction du sentiment. Au contraire, dans la stupidité les symptômes sont « une torpeur intellectuelle, une absence plus ou moins absolue d'idée, l'exercice de la pensée abolie ou entravée, une disposition enfin pareille à celle dont chacun de nous peut se surprendre atteint dans certains moments où les fonctions cérébrales sont inertes, comme paralysées. »

Etoc-Demazy, Ferrus, avaient signalé aussi dans la stupidité les idées délirantes, les hallucinations qui révèlent un travail intérieur. Baillarger, s'emparant de ces symptômes, en fait la marque de la lypémanie. Delasiauve s'élève fortement contre cette opinion. Les préoccupations maladives et les hallucinations exercent chez le lypémaniaque une influence directe, physique et morale ; chez le stupide au contraire, « symptômes fortuitement ajoutés à d'autres symptômes, complication d'un état qu'elles ne créent point, qui peut-être favorise leur production, les sensations dont il s'agit n'apportent aucune modification importante à

l'immobilité extérieure, à l'obtusion intellectuelle, à l'embarras de la mémoire, à la nullité sentimentale. Rarement il en ressort des actes combinés, réfléchis, tant elles s'offrent vagues, isolées, disparates, en raison des entraves opposées à l'exercice intellectuel.

« Qu'on se figure un clavier sur lequel se promène une main distraite ou inexpérimentée ; soumis au jeu machinal de ses propres molécules, et notamment aux impulsions de la circulation sanguine, le cerveau rend ainsi toutes sortes de notes discordantes. Il en est des stupides comme de ces hommes de l'*In exitu*, qui ont des yeux pour ne pas voir, et des oreilles pour ne point entendre. Leur situation me paraît de tout point comparable à celle des gens qui assisteraient en automates à une bataille ou à un spectacle. Impuissants à se soustraire aux impressions dont leur imagination est frappée, ils en peuvent conserver le souvenir, comme ces spectateurs dont je parle se remémorent le bruit du canon, de la fusillade, la mêlée des combattants, les mouvements et les déclamations des acteurs, etc. En un mot, les stupides sont des témoins forcés et tout à fait

passifs des scènes qui s'accomplissent en eux.

« On a insisté sur la nature terrifiante des visions. Nous doutons, et l'analyse des observations connues en fournirait elle-même la preuve, que ce caractère soit invariable. Au surplus, là n'est pas la question ; il est certain que sous l'oppression cérébrale, les rêves, qu'on me passe cette expression, ne doivent pas être couleur de roses. L'essentiel est de discerner quand, tristes ou non, les perceptions vicieuses appartiennent à un sentiment altéré, ou correspondent à une confusion intellectuelle ; or ce dernier cas est celui de la stupidité.

« Ce simple parallèle met suffisamment en relief les types saillants, ceux dans lesquels l'engourdissement physique et moral est porté à l'extrême ; mais il y a de nombreux degrés intermédiaires. La stupéfaction alors étant moindre, il peut arriver que les idées et les hallucinations sinistres réagissent assez douloureusement sur l'esprit pour simuler une lypémanie. »

Delasiauve continue le parallèle. L'aspect

de la physionomie chez le stupide est nulle, roide et concentrée, elle est chagrine, oblique chez le mélancolique. Le langage chez le premier, quand il parle, est obscur et embarrassé comme l'intelligence ; il ne réflète pas le chagrin et les craintes du mélancolique. Le mutisme du stupide, soit qu'il ne comprenne pas les questions, soit qu'il ne puisse « coordonner les éléments d'une pensée », repose sur l'impuissance ; chez le mélancolique, il repose sur la crainte ou sur la concentration extrême de la pensée. On ne rencontre jamais chez le premier la résistance obstinée du second. Les actes dangereux, homicide ou suicide, prémédités chez le mélancolique, ne sont qu'un résultat fortuit chez le stupide ; l'état organique de ce dernier est moins atteint que chez le premier (1). Enfin, la marche, la durée, le pronostic, les causes et le traitement diffèrent de l'un à l'autre. Il faut noter en passant cette remarque que le stupide, lorsqu'il succombe, s'éteint ordinairement avec tous les signes de la dégradation paralytique.

Delasiauve trouva un appui dans la thèse

(1) C'est là une erreur.

que Sauze soutint en 1852 (1). Les symptômes physiques en particulier y sont minutieusement passés en revue. Le tableau qu'il présente est en somme le même que celui de ses prédécesseurs. Il insiste en plus particulièrement sur le caractère rémittent que présente souvent la marche de la maladie. Ses nombreuses observations fort bien prises le mènent à poser des conclusions formelles et précises. Pour lui la stupidité est un genre particulier d'aliénation parfaitement distinct de la lypémanie et de la démence. Pourtant il penche aussi un peu du côté de Baillarger, car il admet une stupidité mixte « comme la transition naturelle de la stupidité à la lypémanie » ; dans cette stupidité mixte il y a un délire triste, des hallucinations qui dépendent de la mélancolie, etc. J'aurai plus loin, surtout à propos du traitement, à citer de nouveau et avec détails la thèse de Sauze.

Baillarger revint sur le sujet dans une dis-

(1) A. Sauze, *De la stupidité, de sa nature psychologique et de son traitement*, th. de Paris, 1852 ; V. aussi Sauze, *Une observation de stupidité*, Ann. médico-psychol., 1853, p. 144. La thèse est reproduite dans ses *Études médico-psychologiques sur la folie*, Paris, 1862.

cussion à la *Société médico-psychologique* et dans un article sur la mélancolie avec stupeur. Il fit aussi une leçon dont Sales-Girons se fit l'interprète dans la *Revue médicale française et étrangère* de J.-B. Cayol, où il attaqua vivement Sauze et Delasiauve (2). Il trouve un soutien dans les écrits de Renaudin, Thore et Aubanel, et il veut trouver dans les observations de la thèse de Sauze une confirmation de ses vues personnelles, car dans ces observations, chacune présente deux éléments bien distincts : la mélancolie d'une part et la stupeur de l'autre. Examinant ensuite de près le travail analysé plus haut de Delasiauve, il relève l'aveu que celui-ci aurait fait qu'il y a des cas mixtes de stupidité et de mélancolie, et par conséquent il est au fond d'accord, sur les faits, avec lui. Il conclut en disant que la mélancolie se trouve souvent associée à des symptômes de stupeur ; qu'il y a entre ces deux éléments une affinité

(1) Baillarger, Ann. méd.-psych., 1852, p. 598. (*Discussion à la Soc. méd.-psych.*) ; *Recherches sur les mal. ment.*, t. I, 1890, p. 667.

(2) Sales-Girons, *Faut-il admettre une troisième espèce de mélancolie, dite la mélancolie avec stupeur* (*de M. Baillarger*). Revue médicale française et étrangère de J.-B. Cayol, 1853, t. I, p. 464.

singulière qui justifie la création d'une variété distincte, non seulement de la stupeur des épileptiques, des déments ou des paralytiques, mais même des quelques cas de stupeur, sans signe de mélancolie dont il admet formellement l'existence. Dans ce nouveau travail d'ailleurs, il rejette la mélancolie hors du cadre des monomanies pour la faire rentrer dans les délires généraux.

L'opinion de Baillarger, ou plutôt l'exagération de cette opinion, à savoir que la stupidité rentrait tout entière dans la mélancolie, fut admise par la grande majorité des aliénistes. Seul ou presque seul, Delasiauve continua la lutte dans son *Journal de médecine mentale* (1), qui parut en 1851. Il maintint sa première opinion, il l'étendit même dans une série d'articles sur les diverses formes mentales. Dans sa classification (2) il réserva une place importante à ce qu'il appelait les espèces stupides :

(1) Delasiauve, *Des diverses formes mentales*, Journal de méd. mentale, voyez t. I, 1861, p. 14, p. 304 et suiv. ; t. II, 1862, p. 74, 111, 251, 342 ; t. III, 1863, p. 10, 137, 170, 213 ; t. V, 1865, p. 163.

(2) On n'y trouve pas indiqué le délire aigu que Delasiauve admet pourtant.

Aliénations générales ou intellectuelles.

Manie..........	Excitation maniaque. Manie. Incohérence.
Démence.	Primitive ou spontanée. Terminative des autres folies. Symptomatique. Sénile.

Paralysie générale.

Stupidité, confusion, chaos...	Ordinaire. Epileptique, extatique. Hystérique, etc. Delirium tremens. Délire saturnin. Par substances délétères. Suite de fièvres graves.

Aliénations partielles ou sensorielles, conceptives, sentimentales, impulsives, etc.

1° *Pseudo-monomanies*, ou folies partielles diffuses.
2° *Détires* isolés, fixes, systématisés ou monomanies.

Délire perceptif.	Illusions. Hallucinations.

Délire moral et affectif, *délire instinctif.*
Démences partielles.
Idiotie.

Les discussions que nous avons indiquées ne furent pas inutiles pour la compréhension plus exacte des choses. Delasiauve examina de plus près les hallucinations, restes d'activité

intellectuelle manifestés par le stupide, et il se demanda si en dehors du degré le plus complet de confusion il n'y en avait pas d'incomplets où les délires et les hallucinations jouassent un rôle plus appréciable. Évidemment il faisait là une sorte de concession à Baillarger, quoiqu'il continuât avec raison à insister sur la nécessité de reconnaître la dépendance réciproque des symptômes avant de pouvoir établir un diagnostic. D'ailleurs, dans la classification que Baillarger produisit en 1854 (1), celui-ci se rapprochait tellement de la manière de voir de Delasiauve qu'il n'y avait plus guère qu'une question de mots entre eux, d'après Baillarger. Il y avait pourtant plus, à savoir une question de nosographie. Baillarger l'emporta devant le public médical et les idées de Delasiauve que je vais exposer maintenant dans leurs détails n'entraînèrent pas l'assentiment unanime, la majorité des médecins oubliant l'existence de la stupidité, indépendante de la mélancolie, reconnue, quoique incidemment, dans les premiers écrits de

(1) Baillarger, *Essai de classification des maladies mentales*, Annales médico-psychologiques, t. VI, 1854, p. 470.

Baillarger. Delasiauve décrit donc la stupidité comme une sorte de groupe naturel comprenant des espèces diverses, comme on peut le voir à la classification. Son article stupidité proprement dite reproduit dans les grands traits la description qu'il avait déjà donnée dans son article sur le diagnostic de la mélancolie. Puis il insiste sur ce qu'il appelle les semi-stupidités et la stupidité légère. Continuant le même ordre d'idées, à savoir qu'un symptôme à lui seul n'est caractéristique d'aucune forme mentale, il montre bien que ces semi-stupidités ont été confondues, tantôt avec la manie à cause de l'excitation, tantôt avec la mélancolie à cause des idées délirantes de nature triste. C'est surtout dans la semi-stupidité que se rencontrent les hallucinations et les délires, mais le fond est toujours la confusion mentale. « Le fait prédominant qui résulte de l'état cérébral est la gêne de l'exercice intellectuel. Dans son expression simple, toute participation extérieure n'est pas interrompue comme dans la forme grave, seulement les opérations perdent leur netteté, la réflexion sa puissance, la volonté sa décision, l'activité

son essor. Le malade ne se prête volontiers ni à la conversation, ni aux distractions, ni au travail, souvent même, sentant sa tête comme accablée sous une calotte de plomb, il a conscience de ce défaut d'initiative et se plaint de l'inexplicable chaos des idées.

« Rarement, toutefois, la semi-stupidité demeure longtemps exempte de complication. Le jeu machinal du cerveau produit des scènes fantastiques dont le rapprochement avec les songes permet une interprétation plausible. »

Au point de vue de la genèse et de la signification, ces accidents psycho-sensoriaux des stupides ne diffèrent point des symptômes que présentent les gens endormis. Le sommeil est le fond, les rêves l'accessoire. En un mot, dit l'auteur, tandis que les phénomènes mélancoliques et hallucinatoires n'accusent que les modifications, sinon toujours instables, au moins éventuelles de la condition morbide, *la confusion mentale en constitue l'expression directe et nécessaire.* Chez ces demi-stupides, les symptômes mélancoliques ont une importance digne de considération, quoiqu'ils ne soient que secondairement produits. « On dirait que le cerveau

agissant à la manière du prisme sur les images, communique aux créations, nées de son mouvement automatique, un aspect informe et des dimensions insolites. De ces données bien comprises découle une interprétation toute naturelle. Les impressions maladives ont un effet d'autant plus certain que l'esprit embrouillé ne saurait leur imposer de contre-poids efficace. Il les saisit, mais la réflexion insuffisante ne lui permet ni de remonter à leur source, ni d'en rectifier l'illusion. Jouet dès lors des idées fascinatrices et opprimé par les sentiments qu'elles suscitent, l'aliéné en reflète inévitablement l'empreinte. » Rien ne peut modifier ces idées, pas même les paroles menaçantes, car « le terrain est occupé trop étroitement, pour que ce qui vient du dehors y prenne pied ou soutienne la concurrence ».

Les causes souvent d'ordre physique sont plus particulièrement des secousses morales brusques.

Si l'on examine attentivement ces articles sur la semi-stupidité, pour le dire immédiatement, il est évident que Delasiauve décrit sous ce nom une partie des cas que Baillarger

appelle mélancolie avec stupeur et qui présentent certainement les symptômes de la véritable mélancolie ; il y en a d'autres aussi qui rentrent véritablement dans la confusion mentale ; mais son grand mérite est d'insister, comme il le fait, sur l'automatisme intellectuel et la confusion qui appartiennent à l'espèce stupide et en même temps de voir que dans la confusion affection il y a deux formes, l'une sans hallucinations prédominantes (véritable démence aiguë), et l'autre avec complication hallucinatoire. D'ailleurs, dans les mêmes articles, examinant d'anciennes observations des auteurs, et y trouvant des stupidités et non des mélancolies, il ajoute qu'Esquirol avait l'intuition de ces distinctions, car celui-ci, dans son chapitre sur la lypémanie, signale certains malades dont l'esprit est couvert d'un voile, l'intelligence et le cerveau étant dans une sorte d'état tétanique.

La stupidité légère fait l'objet d'un article séparé. « Sauf le degré, ne différant ni d'origine, ni de nature, la stupidité légère affecte, avec les précédentes variétés, les affinités que celles-ci offrent entre elles. Il n'est pas rare

qu'elle en marque le début et qu'elle reparaisse dans leurs phases décroissantes. Que son intensité augmente et elle atteint à leur niveau. La marche et la terminaison ont des vicissitudes analogues. Comme elles, elle continue et se complique, s'efface momentanément, ou même disparaît d'une manière définitive, en conformité des modifications cérébrales qui l'occasionnent. Ses traits, néanmoins, sont assez accusés et ses conséquences assez peu éclaircies pour justifier un examen à part.

« Chez quelques sujets, l'incertitude morale est le seul caractère qui trahisse l'obscurcissement intellectuel. L'initiative manque à la pensée, aux sentiments, aux actes ; il y a du jugement et de la mémoire. Le malade comprend, entretient la conversation, s'occupe, mais avec nonchalance et hésitation. Parfois, la nuit surtout, il éprouve fugitivement des agitations craintives. Le plus souvent, il ne se plaint d'aucune souffrance corporelle ou mentale. Nulle idée de persécution ou d'empoisonnement, nulle tristesse, tout au plus a-t-il une vague conscience d'un engourdissement dans sa tête, de son impuissance psychique.

C'est une machine sans moteur, un foyer sans flamme. Ici encore le rôle secondaire de la tendance mélancolique paraît manifeste, la physionomie est atone.

« Sous la dénomination d'*apathie*, nous avions, dans un groupe accessoire de notre première nomenclature, fait allusion aux cas de ce genre. Ce mot répond bien à l'idée qu'on doit se faire d'une pareille condition morbide. Les phénomènes, du reste, peuvent persister longtemps sans variations sensibles. »

A côté de la stupidité légère, passive, Delasiauve en décrit une autre variété active, que l'on considérerait actuellement en général comme de la neurasthénie. Cette description est d'ailleurs bien remarquable ; il me paraît bon de la résumer ici, afin de faire remonter jusqu'à ce digne et savant médecin l'honneur d'avoir décrit l'état mental du neurasthénique. Cette stupidité légère active amène dans l'esprit une perplexité douloureuse sous l'influence de la multiplicité des idées, qui se multiplient, croissent et tourbillonnent. Parfois, malgré l'automatisme nerveux, les idées revêtent une sorte de circonscription ; il suffit que l'une d'entre elles

ait fortement frappé l'imagination pour qu'elle se reproduise à plusieurs reprises, car la volonté fragile ne la combat que faiblement, elle renaîtra spontanément et même s'agrandira (c'est ce que nous appellerions aujourd'hui une obsession). Ici encore, le fond est toujours l'embarras intellectuel ou plutôt la *lésion somatique* dont il n'est que l'expression. D'ailleurs « les signes physiques complètent ce tableau, en confirmant la signification des phénomènes moraux. En particulier, la tête est le siège de souffrances que le malade s'efforce de peindre par toutes sortes d'expressions métaphoriques. Un cercle de fer l'enserre, une calotte de plomb l'accable ; le sang y bouillonne, on sent un feu à l'intérieur, une chaleur brûlante à la surface. Tout y est chaos à ce point qu'on s'échappe à soi-même, qu'on devient fou ; dans la nuit, le tourment croît par l'insomnie. Divers organes ont leur part du malaise : une fièvre lente mine la constitution ; il y a des étouffements, des serrements de cœur, du froid en divers points, de la constipation, etc. Les caprices de l'appétit, les irrégularités de la digestion contribuent enfin à l'amaigrissement, à la langueur générale. »

A la suite de cet article, Delasiauve étudie les autres espèces stupides dans lesquelles il fait rentrer la folie épileptique, le délire hystérique, les délires par intoxication, et il croit toujours que les hallucinations ne sont ici encore qu'un accessoire. Je ferai dès maintenant une certaine réserve sur ce point et je passe à l'examen des considérations auxquelles il se livre à propos des folies consécutives à la fièvre typhoïde, aux fièvres intermittentes, au choléra, à propos du délire de la pellagre et enfin des folies liées à la menstruation, à la grossesse, à l'accouchement et de la folie puerpérale proprement dite. Les longs développements dans lesquels je suis entré à propos des espèces stupides en général me dispensent de répéter encore les mêmes discussions. Delasiauve fait un historique très complet des folies consécutives à chaque maladie et à la parturition.

Dans la folie de source typhoïde le phénomène prédominant est l'obtusion mentale. Thore avait parfaitement saisi ce caractère qui la rapproche pour lui de la démence aiguë d'Esquirol. Morel, entre autres, avait fait saillir les concep-

tions ambitieuses parmi les symptômes notés par lui. Ce n'est pas pour Delasiauve une raison d'écarter le diagnostic de stupidité ou de confusion mentale; il recommande comme traitement, avec Max Simon, un régime tonique et réparateur, tout en insistant particulièrement sur les bains, les frictions, l'exercice, le sulfate de quinine et l'acétate d'ammoniaque. Bien entendu, Delasiauve n'avait considéré que la folie consécutive à la fièvre en éliminant de cette description les délires qui y sont liés directement. Cette même distinction doit être faite à propos de la fièvre intermittente.

Baillarger avait bien saisi l'analogie de la folie, suite de fièvre intermittente, avec ce qu'il appelait de la mélancolie avec stupeur. Delasiauve fait rentrer dans la stupidité les troubles que d'autres auteurs ont rattachés faussement à la manie, à la mélancolie et même à la monomanie. A propos de cette dernière apparence il fait cette remarque bien importante que certaines idées peuvent survivre isolées quand l'incohérence cesse. « La conviction, quand elle s'isole, n'est elle-même chez la plupart des malades que le reflet survivant d'une forte

impression dans le rêve pathologique. Cela rend compte aussi d'un phénomène qui n'a pas laissé de surprendre certain entraînement de pensée au sein de l'incohérence. Comme les impressions désordonnées sont l'aliment du délire, dès qu'elles font trêve, la lucidité renaît dans la proportion de l'obscurité mentale. » Le traitement doit être surtout tonique.

Pour la folie du choléra, notre auteur est peut-être moins formel. On remarquera, dit-il, que l'hébétude a régné dans la majorité des cas, et il emploie pour les caractériser l'expression de : sorte de relation avec les formes stupides. Il cite d'ailleurs un cas qui ressemblait au délire aigu. Sur la folie pellagreuse il conclut d'après les auteurs qu'elle présente souvent la plus grande analogie avec la stupidité.

Je glisse sur l'article consacré à la folie menstruelle qui, présentant des formes diverses, ne rentre pas dans mon sujet, bien que quelquefois elle puisse revêtir, dit Delasiauve, l'aspect de l'obnubilation hallucinatoire.

A propos de la folie de la grossesse, il fait ses réserves sur les formes que Marcé, dans son traité, a décrites. Dans un grand nombre

de cas il s'agirait encore de confusion mentale, mais c'est à propos de la folie puerpérale que Delasiauve s'étend le plus et avec raison. Examinant les observations données depuis Esquirol, il montre bien que la plupart rentrent dans la stupidité, ou le délire aigu, ou la congestion méningitique (1). Quant aux lésions isolées, illusions, hallucinations, monomanies, propulsions instinctives qui peuvent devenir la base d'un délire systématisé, ce sont pour ainsi dire les résultats affaiblis de l'action puerpérale, pour ainsi dire des *pseudo-monomanies* (2) qui doivent se rattacher au fond à la même forme, même une prétendue démence simple, inertie mentale que la seule réparation des forces fait disparaître.

Si nous jetons maintenant un coup d'œil rétrospectif sur cette première partie de notre historique, nous voyons que la confusion qui avait eu d'abord de la peine à se dégager de la démence et de l'idiotie, avait enfin réussi à

(1) Page 351, *J. de méd. ment.*, t. IV.

(2) La pseudo-monomanie de Delasiauve est une excellente description de ce que Morel a appelé plus tard délire émotif et de ce que l'on englobe sous la dénomination de folie avec conscience.

existter à part comme démence aiguë en entraînant, il est vrai, avec elle, d'autres formes que maintenant nous distinguons. Baillarger la supprime en réalité, malgré ses quelques réserves, pour la rattacher à la mélancolie. Delasiauve, au contraire, qui donne comme nous l'avons vu une très bonne description de la confusion, étend son domaine en y faisant rentrer des troubles qui avaient été étudiés à part, pour ainsi dire, et dont on n'avait pas reconnu les connexions. Il distingue à côté de la démence aiguë une variété où les hallucinations jouent un rôle secondaire quoiqu'important ; mais il englobe dans ses espèces stupides tous les cas où la stupeur ou la présence d'hallucinations apportent au tableau clinique un caractère particulier : c'est là une manière de voir qu'il est bon de signaler dès à présent. Pour le moment je ne veux retenir qu'une seule chose : c'est à cet auteur que nous devons la première bonne description, à laquelle on n'a rajouté que peu de chose, de la confusion mentale. C'est lui qui a groupé sous ce nom les faits épars jusqu'à lui et qui seront de nouveau épars après lui.

Le point de vue d'ensemble de Delasiauve

et ses opinions sur la stupidité ne parurent point exercer une très grande influence sur les autres aliénistes. La stupidité ne fut mentionnée après lui qu'accidentellement, ou fut l'objet d'observations sans être nommée, ou elle n'était pas reconnue pour ce qu'elle était. Ceux mêmes qui la décrivent bien restent isolés et elle ne reconquiert pas la place prédominante qu'elle devrait occuper dans la classification et les traités généraux de médecine mentale, si bien qu'elle en arrive par être complètement passée sous silence. Elle n'est même pas discutée, elle disparaît simplement, oubliée, perdue, évanouie, dans le bouleversement produit par la conception de la dégénérescence.

Morel, comme on le sait, n'admet pas la manie ni la mélancolie comme formes essentielles, il ne veut entendre par là qu'un symptôme d'excitation et de dépression; dans ses *Études cliniques* (1) et dans son *Traité* (2), il admet bien la stupeur primitive comme modification accidentelle de la fonction nerveuse

(1) Morel, *Études cliniques, Traité théorique et pratique des maladies mentales*, t. II, 1853, p. 257.

(2) Morel, *Traité des mal. mentales*, 1860.

et une stupeur secondaire comme complication d'une autre maladie, mais c'est tout. Berthier (1) rapporte une observation qu'il considère comme un cas type de stupidité, mais sans beaucoup de détails.

Marcé (2), à propos du délire consécutif à la fièvre typhoïde, dit que quelquefois celui-ci prend tous les caractères de la démence, mais que celle-ci est passagère. Et à propos de la mélancolie, il partage absolument l'opinion de Baillarger et lui rattache la stupeur. D'ailleurs, à propos de sa classification, il ne parle plus de ces cas qu'il avait signalés comme consécutifs aux maladies aiguës.

En 1863, Laurent (3), dans un article sur la physionomie des aliénés, donne une bonne description de l'aspect du stupide.

En 1866, Becquet (4), sous le nom de délire d'inanition dans les maladies, a décrit le trouble

(1) Berthier, *Considérations sur un cas type de stupidité*, Journal de méd. mentale, t. IX, 1869, p. 10.

(2) Marcé, *Traité pratique des mal. mentales*, 1862, p. 54, 135, 326.

(3) Laurent, *De la physionomie chez les aliénés*, Annales médico-psychologiques, 4e S., t. I, 1863. Voyez à la page 378.

(4) Becquet, *Du délire d'inanition dans les maladies*, Arch. gén. de méd., février 1866, p. 169 et mars, p. 303.

mental consécutif soit à des vomissements incoercibles, soit à la fièvre typhoïde, ou au cancer de l'estomac empêchant l'alimentation. Il fait allusion aux dix-huit observations de Chomel et à celles d'Andral et de Trousseau, ainsi qu'à l'état mental observé chez les naufragés du célèbre radeau de la *Méduse*. Pour lui, dans tous les cas, il s'agit d'un délire tout particulier, calme, halluciné ; il veut différencier ce délire de celui avec agitation que l'on trouve à la suite de la fièvre typhoïde et du délire des ivrognes ; mais il n'ose pas pousser plus loin le diagnostic différentiel des folies nombreuses débutant pendant la convalescence des maladies graves. Malgré qu'il mette sur le compte de l'inanition la production de ce délire, il avance que ce délire spécial se rencontrait parfois dans des cas qu'il croit être de la méningite tuberculeuse. Néanmoins, la description qu'il donne des malades est très frappante ; il note expressément le caractère de confusion accompagné d'hallucinations ; les patients en état de rêve ont perdu la notion de l'endroit où ils se trouvent et ne reconnaissent pas les personnes qui les entourent. Il parle

des travaux de M. Delasiauve, mais il n'ose pas faire de rapprochement entre ceux-ci et le sien.

Béhier (1) parle de l'obtusion mentale consécutive aux fièvres. Il dit, à propos d'un malade dont il cite l'observation, qu'il était dans un véritable état de démence passagère.

Achille Foville (2), dans un travail sur la paralysie générale et les paralysies généralisées consécutives aux maladies fébriles aiguës, conclut dans son mémoire en disant qu'on observe parfois des désordres multiples de l'intelligence et de la motilité qui pourraient faire croire à l'existence d'une paralysie générale, mais que la marche ultérieure de l'affection montre qu'il s'agit d'une sorte de démence aiguë et passagère.

Dagonet (3), dans un article sur la stupeur, se rallie à l'opinion de Delasiauve, et le traité qu'il publia est le seul relativement récent où

(1) Gaz. des hôpitaux, 22 janvier 1870, p. 33 (*analyse d'une leçon de Béhier*).

(2) A. Foville, *De la paralysie générale par propagation*, Ann. méd.-psychol., 5e S., t. IX, 1873, p. 5.

(3) Dagonet, *De la stupeur dans les maladies mentales*, Ann. médico-psych., 1872, t. VII, p. 161, 359, 364. Dagonet, *Nouveau traité élémentaire et pratique des mal. mentales*, 1876 p. 246.

l'on trouve la stupidité comme une forme particulière qui a droit à l'existence. Il la sépare de la lypémanie : pour lui, la stupidité est surtout caractérisée par le chaos et la confusion des idées ; elle peut survenir d'emblée ou compliquer la manie, la lypémanie ou suivre d'autres affections.

L'exercice de la vie intellectuelle chez les stupides se fait d'une manière tellement incomplète, qu'il est par cela même la preuve de l'existence de cette suspension. Tout est marqué chez le plus grand nombre des malades au coin de la confusion et de l'obtusion intellectuelle : c'est un chaos, un rêve.

Pour M. Dagonet, il y a deux sortes de stupidité, l'une avec délire, l'autre sans délire, et qui pourraient bien être des degrés différents d'une seule et même maladie. Il en donne une très bonne description. Pour lui, quand il y a délire, c'est un délire sensoriel qui s'ajoute à la confusion avec perte des idées d'espace, de dimension, de grandeur, etc. L'étude qu'il fait de la folie avec confusion mentale, qui suit la fièvre typhoïde, est très complète. On y trouve, dit-il, des symptômes analogues à ceux que l'on

observe dans la forme aiguë de l'alcoolisme ; les malades sont en proie à des hallucinations spéciales d'animaux et ils ont perdu la conscience du lieu où ils se trouvent. Il cite deux observations ; dans l'une, le certificat d'entrée portait : *confusion dans les idées, agitation passagère, hallucination de l'ouïe et de la vue, stupeur.* La stupeur peut aussi survenir d'emblée à la suite d'accident grave, d'opération, après des hémorragies. A ce sujet, M. Dagonet rapporte une observation où cette forme de folie est apparue consécutivement à l'amputation de la jambe chez un ouvrier qui avait eu le pied écrasé par une pierre.

Humblot (1) décrit un cas de démence aiguë. Il ne rapproche pas celui-ci de ceux décrits avant lui, surtout par Delasiauve, et il ne considère comme analogues au sien que quatre faits : l'un très ancien de 1785, les autres de Guislain, Bouisson et Berthier.

Après Delasiauve et Dagonet, c'est à Achille Foville fils (2) que nous devons les notions

(1) Humblot, *Démence simple primitive*, Gaz. des hôpitaux, 1872, t. XLV, p. 83.

(2) A. Foville (fils), art. DÉMENCE du Nouveau Dict. de méd. et de chir. prat., t. XI, 1872, voyez p. 99 et suiv.

les plus importantes. Il admet que la stupidité peut couvrir deux situations mentales bien différentes : dans l'une, hallucination terrifiante, c'est la mélancolie avec stupeur de Renaudin ; dans l'autre, il y a suspension absolue de l'intelligence sans hallucination ni délire, c'est la stupeur ou stupidité simple. Enfin, il admet une forme où l'incohérence prédomine.

« On rencontre quelquefois des malades dont les facultés intellectuelles deviennent incohérentes ; les actes et les propos sont décousus ; la mémoire paraît absente ; l'attention ne peut être fixée ; la réflexion ne s'exerce plus, et cependant ces phénomènes ne se rattachent pas à un accès de manie. Tout semble indiquer une destruction réelle des facultés mentales ; on se croirait en présence d'une véritable démence destinée à durer autant que le malade, et cependant ce pronostic fâcheux ne se réalise pas : au bout de quelque temps cette obscurité se dissipe ; l'ordre et la lucidité reparaissent dans les idées, l'esprit se trouve aussi développé qu'avant la maladie. Brierre de Boismont a cité deux cas de ce genre ; Bucknill et Tuke

en rapportent un troisième ; nous en avons observé deux absolument analogues ; on en trouverait, sans aucun doute, d'autres exemples, si l'attention était éveillée à cet égard. Si l'on confondait cet état avec la démence véritable, on pourrait être autorisé à considérer cette dernière comme quelquefois curable. Mais au moment où l'issue de l'affection vient prouver que les facultés intellectuelles étaient momentanément troublées dans leurs manifestations, et non abolies ni compromises dans leur essence, cette confusion n'est pas permise au point de vue nosologique. C'est une forme de folie aiguë, insolite dans ses allures, et difficile à faire rentrer dans la classification la plus généralement adoptée ; mais ce n'est pas de la démence, à moins que l'on ne renonce à assigner à celle-ci tout caractère positif.

« On peut voir, chez un même malade des phases de lucidité et de raison parfaite, alterner à courts intervalles, et d'une manière souvent brusque et rapide, avec des périodes où, sans excitation ni dépression intense, ni signe de maladie cérébrale aiguë, les idées deviennent entièrement confuses, la mémoire perd toute

netteté, les actes sont incohérents ; on a sous les yeux, à un moment donné, un ensemble de symptômes qui ont le caractère de la démence, et qui, cependant, ne durant que quelques jours, font rapidement place à la raison, pour se reproduire bientôt par une succession d'alternatives plus ou moins régulières ; on pourrait croire alors à une démence intermittente. Néanmoins les facultés n'étant pas abolies, mais seulement momentanément perverties, nous ne saurions admettre, dans ce cas, l'existence de la démence ; la brusque succession des périodes lucides et des périodes d'oblitération intellectuelle doit les faire rapprocher de ceux que Morel a fait connaître sous le nom très juste d'épilepsie larvée. »

M. Ball (1) décrit sous le nom de torpeur cérébrale l'état particulier d'engourdissement de la pensée qui peut se développer à la suite de causes extrêmement diverses. Il ne rapproche pas ses cas de ceux décrits par Delasiauve ou Foville qu'il ne cite pas ; il n'a pas rencontré d'hallucination, le fond de la maladie est l'état de torpeur où se trouve

(1) Ball, *De la torpeur cérébrale*, l'Encéphale, 1881, p. 369.

plongée l'intelligence. Enfin M. Régis (1), dans son excellent *Manuel*, insiste sur l'obtusion intellectuelle que présente le délirant post-typhique.

On voit donc qu'avant Delasiauve la stupidité, se séparant peu à peu de la démence, était arrivée à constituer un syndrome distinct et même une forme distincte. En dehors d'elle on avait aussi décrit différentes formes sans reconnaître leur liaison avec celle-ci. Baillarger ne veut voir en somme dans la stupidité que la mélancolie avec stupeur. Delasiauve combat vigoureusement cette opinion et étend beaucoup le domaine des espèces stupides, comme nous l'avons montré. Après lui c'est la mélancolie avec stupeur qui est en faveur ; la généralisation de Delasiauve est oubliée, sauf par Dagonet. Quelques-uns redécrivent sans paraître s'en apercevoir l'ancienne stupidité ; enfin bien des cas qui doivent y rentrer sont rangés sans plus d'examen dans le délire d'emblée des dégénérés.

(1) Régis, *Manuel pratique de médecine mentale*, 2e éd., 1892 ; V. aussi Régis, *Folie consécutive à une fièvre typhoïde*, Encéphale, 1881.

Telle était la situation en France, lorsque, à l'occasion d'un malade observé à Bicêtre, ne trouvant pas dans la classification généralement adoptée, la place à attribuer à mon cas, je repris l'étude de la question. Déjà quelque temps auparavant, des articles de Ladame (1) et de Rosenbach (2) avaient touché incidemment à la question, le premier rappelant les travaux de Kraepelin et le second donnant des observations de folie aiguë où il mêle la confusion et la paranoïa. Lallier (3), dans une thèse très remarquable sur la folie puerpérale dans ses rapports avec l'éclampsie et les accidents infectieux suites de couche, résumait aussi les travaux allemands sur le sujet : il tendait à admettre avec eux que la confusion mentale est la forme ordinaire de cette folie et que sa cause est souvent l'infection. C'est à cette thèse que je renvoie pour la bibliographie

(1) Ladame, *Des psychoses après l'influenza*, Ann. médico-psych., juillet-août 1890, p. 20.

(2) Rosenbach, *Contribution à l'étude de quelques formes aiguës*, etc. Annales médico-psych., t. XIII, 7e S., 1891, p. 11 et 193.

(3) A. Lallier, *De la folie puerpérale dans ses rapports avec l'éclampsie et les accidents infectieux des suites de couches*, Th. de Paris, 1892.

et l'exposé des travaux sur la folie puerpérale.

Dans une courte communication au congrès de Blois, en 1892, je ne fis qu'attirer l'attention sur la confusion mentale. Dans un travail plus étendu paru peu de temps après (1), je donnai un historique à peu près complet, insistant sur les auteurs français, entre autres sur Delasiauve, complètement méconnu, et présentai, en m'aidant du travail de Wille surtout et d'une observation personnelle, une description succincte du trouble mental. Je proposai la dénomination de *confusion mentale primitive*, en ayant soin de faire remarquer qu'il y avait en outre des confusions symptomatiques liées à des maladies organiques, des confusions secondaires (que je signalai seulement) et des confusions *épisodiques* qui ne constituent qu'un accessoire. Dans le cours de la psychose que j'avais en vue, cette confusion faisait *primitivement* le fond de la symptomatologie mentale, qu'il y eût des hallucinations, du délire, ou non : la confusion est un symptôme qui, lorsqu'il est primitif, *peut*

(1) Ph. Chaslin, *La confusion mentale primitive*, Annales médico-psych., septembre-octobre 1892.

servir à caractériser par sa *prédominance* une forme d'aliénation. Je passe sur les critiques adressées à ma communication, car celle-ci fut bientôt suivie de travaux qui en adoptaient les idées. Ainsi M. Séglas (1) publia une observation très fouillée de confusion post-cholérique. M. Toulouze (2), dans une très bonne revue sur les psychoses post-fébriles, après avoir parlé du rôle de l'infection, décrivit aussi la confusion qu'il admet. Au congrès de la Rochelle, elle fut aussi décrite dans le rapport si étudié de MM. Régis et Chevalier-Lavaure (3) sur les auto-intoxications. Je reviendrai plus bas sur ce rapport si important et sur les auto-intoxications à propos de l'étiologie. M. Séglas (4) reprit le sujet accessoirement à ce propos à ce même congrès, ainsi que M. Legrain (5).

(1) J. Séglas, *Un cas de folie post-cholérique à forme de confusion mentale primitive*, Annales méd.-psych., mai-juin 1893. p. 376.

(2) Toulouze, *Psychoses post-influenziques et post-fébriles; La confusion mentale*, Gazette des hôpitaux, 30 mai 1893.

(3) Régis et Chevalier-Lavaure, *Des auto-intoxications dans les maladies mentales*, La Rochelle, 1893.

(4) J. Séglas, *Des auto-intoxications dans les maladies mentales*, Archiv. gén. de médecine, novembre 1893.

(5) Legrain, *Communication*. Voyez Semaine médicale, 1893, n° 47, p. 370.

M. Ballet a fait une leçon (1) à Saint-Antoine sur la maladie qui nous occupe; M. Séglas (2) lui a consacré deux conférences et M. Toulouze (3) a rapporté une intéressante observation.

M. Charpentier (4) avait décrit en 1892 sous le titre de confusion mentale un symptôme caractérisé, dit-il, par une perturbation dans les idées avec persistance de la conscience de ce désordre. On voit qu'il s'agit là d'une variété du symptôme confusion étudiée en général, qui rentre dans la neurasthénie; mais M. Charpentier n'a pas eu en vue l'affection en elle-même que je décris ici. M. P. Janet (5) a parlé de la confusion chez les hystériques dans son dernier livre. Enfin M. Dagonet, dans sa toute récente édition de son traité a repris la description de la stupidité, et M. Hannion lui a

(1) Ballet, *La confusion mentale*, Ann. de médecine, 1894, n° 3; Traité de médecine, t. VI, p. 1102.

(2) Séglas, *De la confusion mentale primitive*, Arch. gén. de méd., mai 1894.

(3) Toulouze, *Délire infectieux de la période puerpérale*, Tribune méd., 1893, n° 35.

(4) Charpentier, *La confusion mentale*, Revue gén. de clinique et de thérapeutique, 1892, n° 35.

(5) P. Janet, *État mental des hystériques, les accidents mentaux*, Paris, 1894.

consacré sa thèse (1). Celle-ci renferme des observations minutieusement prises. Enfin, dans un court article, inséré dans le *Journal des connaissances médicales*, j'esquissais la psychologie du confus et montrais que la confusion primitive constitue une affection apparaissant dans diverses circonstances (2). Le symptôme confusion peut être d'ailleurs primitif ou secondaire, et alors suivant ses origines, son importance est toute différente. Dans le présent travail j'apporte quelques modifications aux vues sur la question, telles que je les avais présentées dans cet article et dans le précédent.

II

Je passe maintenant à l'examen des travaux étrangers. Ce sont les Allemands qui ont le plus fait pour le sujet qui nous occupe. Nous ne remonterons pas aux auteurs tout à fait anciens comme Heinroth (1818), Ideler (1838), Spiel-

(1) Hannion, *De la confusion mentale*, Th. de Paris, 1894.
(2) Ph. Chaslin, *Confusion mentale symptôme et confusion mentale primitive affection*, J. des connaissances méd., 31 mai et 7 juin 1894.

mann (1854), Wachsmuth (1862), Neumann (1859), Griesinger (1862), Emminghaus (1878). Pour Wille (1) qui nous sert en partie de guide dans cet historique, Kahlbaum (2) aurait été le premier à entrevoir cette forme clinique lorsqu'il donna, en 1874, la description de ce qu'il a appelé la Katatonie : cela est possible, mais je dois faire des réserves et renvoyer le lecteur, pour ce sujet, au travail que j'ai fait en collaboration avec M. Séglas (3).

Meynert, d'après Ruben et Hoestermann (4), en 1874 également, décrit une confusion soudaine, avec aphasie et amnésie, qu'il attribue à une encéphalite. Samt (5), d'après Wille, aurait eu en vue la même forme dans son travail sur les psychoses épileptiques. Westphal (6), en 1876, au congrès des médecins et naturalistes

(1) Wille, *Die Lehre der Verwirrtheit*, Arch. f. Psych., t. XIX, 1888, p. 328.

(2) Kahlbaum, *Die Katatonie*, Berlin, 1874.

(3) J. Séglas et Ph. Chaslin, *La catatonie*, Arch. de neurologie, 1888, nos 44, 45, 46 ; et Brain, parts XLV et XLVI.

(4) *Centralblatt f. Psychiatrie u. for. Psychologie*, Wien, 1874.

(5) Samt, *Epileptische Irreseinsformen*, Archiv. f. Psych., t. V, 1875, p. 393, et t. VI, 1876, p. 110.

(6) Westphal, *Ueber die Verrücktheit*, Allg. z. für Psychiatrie, t. XXXIV, 1878, p. 252.

allemands à Hambourg, fit une communication qui eut un grand retentissement en Allemagne, car dans ce pays c'était la première fois que l'on montrait que la *Verrücktheit* ou délire systématisé se développait indépendamment de la mélancolie. Je remarquerai, en passant, à ce propos, une fois de plus, que c'est en France que cette distinction a été faite, il y a bien longtemps : d'abord par Leuret, dans le paragraphe où il parle des *arrangeurs* (1), et ensuite par Lasègue dans son délire des persécutions (2). Mais revenons à Westphal : à côté du délire systématisé chronique il décrivit brièvement une folie aiguë, débutant par des hallucinations multiples, et s'accompagnant de confusion. Fürstner (3), dans un article sur la folie puerpérale, décrit une forme particulière qu'il appelle confusion hallucinatoire et qu'il sépare de la manie aiguë et de la folie aiguë de Westphal. Dans la thèse de Merklin (4) le

(1) Leuret, *Fragments psychologiques sur la folie*, 1834, p. 46.

(2) Lasègue, *Du délire des persécutions*, Arch. gén. de méd., 1852.

(3) Fürstner, *Ueber Schwangerschafts-und puerperal Psychosen*, Arch. f. Psych., t. V, 1875, p. 505.

(4) Merklin, *Studien ueber die primäre Verrücktheit*, I.-D Dorpat, 1879.

délire chronique ou *paranoïa* offre une variété aiguë dont le pronostic très favorable fait penser à l'auteur qu'elle devrait peut-être bien en être détachée. Schäfer (1) et surtout Fritsch (2) décrivent bien cette forme ; ce dernier appela confusion hallucinatoire des cas ressemblant fort à la folie aiguë de Westphal, mais il montra que cette confusion doit être séparée complètement du délire systématisé primitif. Il distingua une forme idiopathique, qui peut être pseudo-aphasique ou hallucinatoire, et une forme symptomatique. Meynert (3) fit une communication sur le sujet à la société des médecins de Vienne ; il adopta le nom de confusion hallucinatoire (Verwirrtheit) ; lorsque cet état devient incurable. il se transforme en un état de *Allgemeine Verrücktheit* qui doit être, par son développement et ses symptômes, séparé de la partielle *Verrücktheit*. La cause est toujours à rechercher dans un état d'épui-

(1) Schäfer, *Bemerkungen zur psych. Formenlehre*, Allg. Z. f. Psych., t. XXXVI, 1880, p. 214.

(2) Fritsch, *Die Verwirrtheit*, Jahrbücher f. Psychiatrie, t. II, 1881, p. 27.

(3) Voyez Meynert, *Die acuten (hallucinatorischen) Formen des Wahnsinns und ihr Verlauf*, Jahrb. f. Psych , t. II, 1881, p. 181.

sement nerveux. La manie doit être complètement séparée de la confusion où l'agitation est consécutive aux hallucinations ; la confusion doit être séparée de la Verrücktheit primaire partielle aiguë de Westphal que Meynert appelle *Wahnsinn* parce que, contrairement à ce qui se passe dans cette dernière, tout raisonnement est rompu et elle consiste essentiellement dans un état chaotique. Le cerveau est atteint d'un trouble véritablement profond.

Je ne m'attarde pas davantage sur ce travail de Meynert malgré ses mérites, devant retrouver ses idées un peu modifiées dans ses publications ultérieures. Binzwanger (1) dans les *Annales de l'hôpital de la charité de Berlin*, publie une observation de démence aiguë curable ; il cite Esquirol, la discussion de Baillarger, Dagonet, mais ne semble pas connaître Delasiauve ; il cite aussi Newington et Crichton Browne. Il trouve que tout cela est confus à cause du symptôme stupeur qui reconnaît des causes différentes. Il admet une forme rare de maladie

(1) Binzwanger, *Zur Lehre von der aculen heilbaren Dementia*, Charité-Annalen, t. VI, p. 412, Berlin, 1881.

mentale, avec Krafft-Ebing (1), qui correspond directement au tableau de la démence la mieux établie, mais ne s'en distingue que par sa curabilité. Schangenhausen (2) et Konrad (3) suivent les traces de Meynert. Mendel (4) dans son *Traité de la manie* avait décrit en 1884 une manie hallucinatoire particulière qui rentre presque certainement dans la confusion, bien qu'il n'admette pas cette forme, comme on peut le voir, dans son article *Paranoïa aiguë* de la *Real-Encyclopædie*. Mayser (5) fait un excellent mémoire sur la confusion ; il la rapproche des psychoses asthéniques consécutives aux maladies aiguës, que Kraepelin avait décrites dans sa laborieuse monographie (eine Bienenarbeit, comme le dit Mayser) bien connue, qui est jusqu'à présent le meilleur travail d'ensemble paru sur la

(1) Krafft-Ebing, *Lehrbuch*, 1879.

(2) Schlangenhausen, *Beitrag zur Casuistik der pseudaphasischen Verwirrtheit*, Jahrb. f. Psychiatrle. t. II, 1881, p. 196.

(3) Konrad, *Zur Lehre von der acuten hallucinatorischen Verworrenheit*, Arch. f. Psych., t. XVI, 1885, p. 522.

(4) Mendel, *Die Manie*, 1881.

(5) Mayser, *Zum sogenannten hallucinatorischen Wahnsinn*, Allg. Z. f. Psych, t. XLII, 1886, p. 114.

folie dans ses rapports avec les maladies aiguës (1).

Mayser, qui fait un historique très soigné de la question, mais en ne citant que des travaux allemands, mentionne les auteurs que nous avons déjà cités plus haut. Il ajoute comme rentrant dans le même sujet les communications de Kretz (2), de von Voigt (3) (sous le nom de délire d'épuisement), de Kirn (4) (délire des prisonniers), de Buch (5), de Scholz (6) et enfin une série d'observations éparses dans la littérature, dans lesquelles la psychose ne serait pas tant le résultat de l'action directe du poison sur le cerveau que la conséquence de la perversion de la nutrition, développée sous l'influence de l'intoxication. Il insiste sur la physiologie pathologique et sur l'importance de la prédisposition, et il félicite Kraepelin

(1) Kraepelin, *Ueber den Einfluss acuter Krankheiten auf die Entstehung von Geisteskrankheiten*, Arch. f. Psychiatrie, t. XI, 1881, p. 137, 295, 649; t. XII, 1882, p. 65, 287.

(2) Kretz, Allg. Z. f. Psychiatrie, t. XL, p. 281.

(3) Von Voigt, *Erschöpfungsdelirien*, d°, t. XXXIX, 1883, p. 801.

(4) Kirn, d°, t. XXXVII, p. 720; t. XXXIX, p. 739; et Deutsche med. Wochenschrift, 1882, n° 27.

(5) Buch, Arch. f. Psychiatrie, t. XI.

(6) Scholz, Arch. f. Psychiatrie, t. III, p. 731.

d'avoir introduit dans la pathologie mentale la notion de la faiblesse irritable. Il compare le cerveau asthénique au nerf fatigué qui donne lieu au phénomène étudié par Pflüger et Wundt (1), et il propose pour le trouble mental en question le nom de délire asthénique. Je remarquerai qu'il ne le distingue pas de la paranoïa aiguë, pas plus qu'un certain nombre des auteurs qu'il cite.

Meschede (2) fit en 1886 une communication à la réunion des médecins aliénistes allemands à Berlin.

Wille (3) donne une excellente description de la confusion mentale en la séparant avec soin non seulement de la manie et de la mélancolie, mais aussi, chose que les auteurs n'avaient pas fait avant lui, de la paranoïa aiguë. Il ne fait pas rentrer dans le cadre de la confusion les psychoses transitoires et épileptiques. La démence aiguë, quoique très rapprochée de la confusion, doit en être distinguée;

(1) W. Wundt, *Untersuchungen z. Mechanik d. Nerven u. Nervencentren*, Erlangen, 1871. (Toutes ces indications, non vérifiées par moi, sont de Mayser.)

(2) Meschede, cité par Wille.

(3) Wille, *Die Lehre*, etc., déjà cité.

mais une grande partie des délires aigus doivent y rentrer ; enfin il y a des épisodes de confusion secondaire au cours de différents psychoses. Cet article est certainement le plus clair, quoique d'allure peu clinique, de ceux qui aient été écrits en Allemagne sur le sujet qui nous occupe, aussi je lui ferai de larges emprunts.

Tandis que les auteurs précédents admettent l'existence séparée de la confusion, Orchansky (1) fait un long travail, fort intéressant d'ailleurs, mais plutôt psychologique que véritablement clinique, malgré ses observations, où il semble ne considérer la confusion que comme un symptôme apparaissant dans le délire systématisé aigu ou chronique. J'avoue, et je m'en accuse, que je n'ai pas très bien compris ce qu'il a voulu dire.

Schaefer (2), que je n'ai pu consulter, publie en 1889 un travail sur la stupeur par épuisement ; je ne sais s'il rentre au juste dans mon sujet.

(1) J. Orchansky, *Ueber Bewusstseinstörungen und deren Beziehungen zur Verrücktheit und Dementia*, Archiv f. Psych., t. XX, 1889, p. 309.

(2) Schaefer, *Zur Lehre von Erschöpfungsstupor*, in-8°. Iéna, 1889.

Serbski (1) décrit très clairement deux formes de psychoses aiguës : d'une part, la paranoïa aigüe ; d'autre part, la confusion mentale aiguë ; il admet aussi la démence aiguë comme distincte, mais le but principal de son article est la distinction entre les deux premières. Il range dans la confusion, avec Wille, le délire aigu tout en distinguant certaines formes de paralysie générale suraiguë. Il rappelle que Lasègue et Morel sont les premiers à avoir décrit les délires systématisés primitifs. Il rappelle aussi que le délire d'emblée de certains auteurs français (2) recouvre des cas à la fois de paranoïa aiguë et de confusion.

D'autres auteurs se sont depuis occupés de la question, mais la plupart surtout au point de vue du diagnostic entre la paranoïa aiguë et la confusion, et au point de vue de la classification. Je ne ferai que les énumérer ici, devant en parler plus loin à propos de la place de la

(1) Serbski, *Ueber die acuten Formen von Amentia und Paranoia*, Allg. Z. f. Psychiatrie, t. XLVIII, 1892, p. 328.

(2) C'est Morel qui a indiqué le début soudain du délire chez les dégénérés. V. *Traité des maladies mentales*, 1860, p. 519.

confusion mentale : Werner (1), Neisser (2), Schœnthal (3), Dornblüth (4), Hoche (5), Hoppe (6), Aschaffenburg (7), Th. Ziehen (8), Schüle (9), Cramer (10), etc. Pourtant je dois mentionner dès maintenant que Ziehen, qui range la confusion primitive dans la paranoïa aiguë, distingue nettement, pour la première fois les différentes origines du symptôme con-

(1) Werner, *Die Paranoia*. Stuttgart, 1891.

(2) Neisser, *Erörterungen über die Paranoia von klinischen Standpunkte*, Centralbl. f. Nervenh. u. Psychiatrie, janvier 1892.

(3) Schœnthal, *Ueber acute hallucinatorische Verwirrtheit*, 23 Versammlung. etc., Neurol. Centralb., 1891, n° 23, p. 733.

(4) Dornblüth, *Klin. Beobachtungen aus der Provinzial Irrenanstalt Kreuzburg o. S.*, Allg. Z. f. Psychiatrie, t. XLVII, 1891, p. 328.

(5) Hoche, *Ueber puerperale Psychosen*, Arch. f. Psychiatrie, t. XXIV.

(6) Hoppe, *Im Wochenbett enstehende Geistestörungen* (Zugleich ein Beitrag z. Lehre von der acuten hallucinatorischen Verwirrtheit), Arch. f. Psychiatrie, t. XXV, 1893, p. 136.

(7) Aschaffenburg, *Ein Beitrag zur Lehre vom Collapsdelir.*, XVII Wandersammlung der südwestd. I.-ärzte zu Baden-Baden, etc., Neur. Centralbl., 1892, n° 13, p. 422.

(8) Th. Ziehen, *Ueber Storüngen des Vorstellungsablaufes bei Paranoia*, Arch. f. Psych., t. XXIV, 1892, p. 112 et 365. Il cite Snell (*Manie mit Verwirrtheit*, Allg. Z. f. Psych., t. XXIX p. 244), qui avait rapporté des cas de sa paranoia dissociativa.

(9) Schüle, *Zur Paranoia-Frage*, Allg. Zeitschrift f. Psych., t. L.

(10) A. Cramer, *Abgrenzung u. Differential — Diagnose der Paranoia*, Allg. Z. f. Psych. t. LI, 1894, p. 286.

fusion ; il en fait une très bonne analyse quoique trop schématique.

Les traités classiques allemands décrivent tous la confusion mentale avec plus ou moins de restriction ou d'expansion, Krafft-Ebing, Schüle (1), Scholz, Salgô, Kraepelin (2), Koch, Kirchoff, Th. Ziehen (3) R. Sommer (4), enfin Meynert (5) dans ses *Leçons cliniques* consacre de longues pages à la psychologie pathologique de cette affection, fondée sur ses théories particulières : nous le retrouverons plus loin (6). On voit

(1) *Le travail de Taguet cité par des auteurs allemands sur la démence primitive aiguë n'existe pas* (*comm. écrite du Dr Taguet*).

(2) Il y a une différence importante au point de vue de la classification et des formes de la confusion entre la 3e et la 4e éd. de la *Psychiatrie* de Kraepelin.

(3) Th. Ziehen, *Psychiatrie*. Berlin, 1894.

(4) R. Sommer, *Diagnostik der Geisteskrankheiten*. Wien u. Leipzig, 1894.

(5) Meynert, *Klinische Vorlesungen*. Wien, 1890.

(6) Voir aussi :

Hartmann, *Ueber Geistesstörungen nach Kopfverletzungen*, Arch. f. Psychiatrie, t. XV, 1884, p, 98.

Th. Kaes, *Untersuchungen ueber Verwirrtheit*, Jahrb. der Hamburger Staatskrankenanstalten, II Jahrgang 1890; anal. in N. Centralbl., 1892, n° 18, p. 588.

P. Netschai, *Ueber Verwirrtheit bei einigen Formen acuter Geistesstörung*, etc. Medicinskoje Obosverije, 1892. n° 5, Anal. in N. Centralbl., 1893, p. 648.

Beyer, *Zur Pathologie der acuten hallucinatorischen Verworrenheit*, 25 Versammlung der südwestd, etc., Neur. Centralbl, 1894, p. 92, n° 2.

donc qu'en Allemagne, à côté de la démence aiguë, s'est séparée peu à peu du grand groupe des folies aiguës, la confusion mentale, de telle sorte que nous retrouvons sous ces deux noms différents (démence aiguë, confusion aiguë) les deux variétés principales de Delasiauve. J'ajoute que la symptomatologie générale ayant été cultivée avec soin, les symptômes stupeur, confusion primitive ou secondaire ont été distingués et étudiés, au contraire de ce qui s'est passé en France, où ces distinctions entrevues ont été vite oubliées.

III

Les auteurs russes : J. Botkin, B. Gradenberg, S. Ouspenki (1) se sont aussi occupés de la question. M. Rosenbach a publié en français dans les *Annales médico-psychologiques* un excellent travail qui porte surtout d'après ses observations sur la paranoïa aiguë (2), mais où il englobe par sa description la confusion mentale.

(1) Cités par Serbsky.

(2) Rosenbach, *Contribution à l'étude de quelques formes aiguës*, etc. Ann. médico-psychologiques, 7e s., t. XIII, 1891, p. 11 et p. 193.

Pendant ce temps, sous l'influence de M. Korsakoff, une forme particulière était décrite, à laquelle il assigne une origine nettement toxique en rapport avec les névrites périphériques. Ces psychoses polynévrétiques doivent-elles rentrer simplement dans la confusion mentale ? Je renvoie au diagnostic pour discuter cette question. M. Korsakoff a exposé sa manière de voir au congrès des aliénistes français de 1889 et dans la *Revue philosophique* (1).

D'autres auteurs ont aussi donné des cas de psychose polynévrétique (2). Korsakoff admet d'ailleurs dans son récent traité (en russe) l'existence de la confusion mentale, en s'appuyant surtout sur la manière de voir de Meynert.

(1) Korsakoff, *Sur une forme de maladie mentale combinée avec la neurite multiple dégénérative*, etc. Congrès international de médecine mentale de 1889. Comptes rendus, Paris, 1891, p. 75. (On y trouvera deux indications russes où l'auteur a décrit le trouble mental pour la première fois.)

Korsakoff, Revue philosophique, 1889.

(2) Korsakoff u. Serbski, *Ein Fall von polyneuritic Psychose*, Arch. f. Psych., t. XXII, 1891, p. 112.

Korsakoff, *Erinnerungstauschungen* (*Pseudoreminiscenzen*) *bei polyneuritischer Psychose*, Allg. Z. f. Psych., t. IV, 1891, p. 390.

H. Hœvel, *Ueber post-typhöse Dementia acuta combinirt mit Polyneuritis*, Jahrb. f. Psych., t. XI, H. 3, anal. in Neur. Cent. bl., 1892, nº 21, p. 692.

Th. Tilling, *Ueber die amnestische Geisteisstörung*, Allg. Z. f.

IV

Les auteurs de langue anglaise qui ont étudié la confusion ne l'ont pas très approfondie, et l'ensemble de leurs travaux ne forme pas comme en Allemagne un tout coordonné. Ils ont étudié séparément la folie consécutive aux fièvres, la stupeur, la démence aiguë, la confusion mentale, ou comme Korsakoff, certains troubles paraissant liés à la névrite périphérique. Je citerai les noms de Bucknill et Tuke (d'après Foville) (1), Weber (2), Hayes Ne-

Psychiatrie, t. XLVIII, 1892, p. 549 (n'admet pas l'existence à part de la psychose de Korsakoff).

Strauss, *De la psychose polynévritique*. Th. de Lyon, 1892-1893.

Pour les auteurs anglais, voir plus loin.

On trouvera tous les renseignements et d'autres indications bibliographiques sur le sujet dans une monographie en cours de publication : R. Colella, *La psicosi polineuritica*, Annali di nevrologia, 1894, fasc. I, II.

(1) *Psychological Medicine*.

(2) Weber, *On delirium of acute Insanity during the decline of acute diseases, especially the delirium of collapse*, Medico-chirurgical Transactions, London, 1865, vol. 48, p. 135 ; excellent et ancien travail qui fut communiqué à la Société royale de chir. et de méd. de Londres et qui fut suivi d'une discussion intéressante. On trouvera une analyse en français du mémoire et de la discussion, faite par Bourneville dans le Journal de Delasiauve, t. V, p. 134.

wington (1), Crichton Browne (2), Fox (3), Savage (4), H. C. Wood (5), William Osler (6) James Ross (7), J. H. Lloyd (8). Spitzka (9) dans son traité, un des meilleurs écrits en langue anglaise, donne une bonne description de la confusion sur laquelle Conolly Norman (10) insista tout récemment dans une communication à l'Académie de médecine d'Irlande,

(1) Hayes Newington, *Some observations on different forms of stuor, and on its occurrence after acute mania in female*, J. of. mental science, oct. 1874, p. 372.

(2) Crichton Browne, *Acute dementia*, West Riding lun. Asylum Reports, 1874, t. IV, p. 265.

(3) Fox, *Case of acute dementia*, etc. J. of mental science, 1881, p. 212.

(4) Savage, *Insanity and allied neuroses*, 2e éd., London, 1886; *Puerperal Insanity of septic origin*, Lancet, 1888, t. II, p. 1129.

(5) H. C. Wood, *Insanity after acute surgical or medical affections*, University med. Magazine, déc. 1889, an. in Am. J. of psychology, déc. 1891, p. 323.

(6) W. Osler, *Cases of post-febrile Insanity*, John Hopkin's hospital Reports, 1890, t. II, p. 46, anal. ds. le même journal.

(7) J. Ross, *On the psychical disorders of multiple neuritis*, J. of m. science, avril 1890.

(8) J. H. Lloyd, *Philadelphia neurological Society*, novembre 1890.

(9) Spitzka, *Insanity*, 1887, voyez p. 158, 161.

(10) Conolly Norman, *Acute confusional Insanity*, Dublin J. of. medical science, 1890, t. I, p. 506.

On peut lire aussi l'observation de Broadbent, *Acute dementia in a child; recovery*, Med. Press and Circular, 1878, t. XXV, p. 105; de Harwood Casson, *Remarkable sequela of measles*, Lancet, 27 novembre 1886, p. 1020; et les travaux

car cette forme, dit-il, avait jusqu'alors passé inaperçue dans son pays. Il sépare la confusion de la démence aiguë et de la paranoïa. Il rapporte neuf observations sous le nom de confusion aiguë hallucinatoire ou de folie aiguë avec confusion. Les mémoires les plus récents à ma connaissance sont enfin ceux de M. Hurd (1), de John Ferguson (2), de Charles H. Hughes (3) et de W. L. Worcester (4).

V

Je n'ai malheureusement pu faire beaucoup de recherches, pour cet historique, dans les ouvrages italiens qui sont très rares à la biblio-

de Al. Robertson, *Cas de démence aiguë*, J. of mental science, janvier 1891 (indication des Ann. méd.-psych., mars-avril 1891, p. 323); Whitwell, *A study of stupor*, J. of m. science 1889, t. XXXV, p. 360; J. Turner, *A case of post-febrile mental stupor or acute dementia*, J. of m. science, oct. 1888, p. 412.

(1) M. Hurd, *Post-febrile Insanity*, Am. J. of Insanity, juillet 1892, p. 26.

(2) J. Ferguson, *Insanity following exhaustion*, etc. The Al. and. Neurologist, juillet 1892.

(3) Ch. H. Hughes, *Primary confusional Insanity*, The Al. and Neurologist, janvier 1893, p. 128.

(4) William L. Worcester, *Confusional Insanity*, American Journal of Insanity, juillet 1894, p. 71.

thèque de la Faculté de médecine de Paris. Mais la psychiatrie italienne suivant en grande partie la psychiatrie allemande, sauf bien entendu sur la question de la dégénérescence, les auteurs que j'ai pu consulter ne m'ont pas paru apporter des lumières très nouvelles. Bonucci et Girolami-Gambari avaient autrefois parlé de la stupidité (1). Parmi les récents auteurs, Morselli (2), dont la classification concorde dans les lignes générales avec celle de Schüle, admet une forme dans laquelle rentre la confusion. Amadei et Tonnini (3) essaient de séparer la paranoïa aiguë du délire sensoriel, mais ils semblent admettre des formes de passage entre les deux. De Luzenberger (4), dans le *Manicomio moderno*, en 1888, a donné une description du délire sensoriel aigu en suivant la manière de voir de Meynert, tandis que

(1) Bonucci, *Fisiologia e patologia dell' anima umana*, vol. I p. 77 et 270. Florence, 1852.

Girolami Gambari, *Appendice psychiatria*, 1863, cités in Ann. médico-psych., 1865, t. V, p. 72.

(2) Morselli, *Manuale di semejotica delle malattie mentali*, vol. I, 1885. Voyez aussi vol. II, 1895, pages 393, 426.

(3) Amadei e Tonnini, *La paranoia e le sue forme*. Milan (Indication de Del Greco).

(4) De Luzenberger, *Del delirio sensoriale acuto*, Manicomio moderno, I, 1888 (Indicat. de Del Greco).

Grimaldi (1) étudiait uniquement la paranoïa aiguë. Del Greco (2), tout récemment, a publié dans le même recueil un long article sur le délire sensoriel ; il a pour but d'abord de le séparer de la manie et de la mélancolie et de voir quels sont ses rapports avec la paranoïa. Pour lui le délire sensoriel rentre tout entier dans la paranoïa aiguë ; sa conclusion est que, malgré l'immense variété de formes cliniques qui vont du délire sensoriel le plus aigu à la paranoïa la plus systématisée et la plus chronique, elles doivent toutes rentrer dans la paranoïa. C'est, autant que je puis m'en être assuré, le travail le plus récent publié en Italie sur la question de la confusion mentale ; comme on le voit, il ne lui est pas favorable puisqu'il l'englobe dans le délire systématisé primitif aigu (3).

Tels sont les travaux principaux (4) qui ont porté sur la confusion mentale. Pour terminer

(1) Grimaldi, *Contribuzione allo studio delle psicosi degenerative*, Manicomio moderno, anno V, 3 (Indic. de Del Greco)

(3) Del Greco, *Il delirio sensoriale in rapporto alle diverse forme di paranoia*, Man. mod., 1892, anno VIII, n° 23.

(3) D'après Th. Ziehen, Verga parlerait de démence primitive dans les Arch. ital. de 1874.

(4) Malgré mes efforts pour être complet, il m'en échappe sans doute quelques-uns.

cet historique je crois utile de donner la synonymie afin d'aider le lecteur, qui voudrait se reporter aux sources indiquées, à se retrouver au milieu des dénominations multiples employées.

SYNONYMIE

Démence aiguë, Esquirol, Brierre de Boismont.
Stupidité, stupeur, Georget, Ferrus, Delasiauve, Dagonet.
Confusion, confusion hallucinatoire, Delasiauve.
Délire de dépression, Lasègue. (Je n'ai pu vérifier cette dénomination.)
Délire d'inanition, Becquet.
Torpeur cérébrale, Ball.
Acute primäre Verrücktheit, Westphal.
Hallucinatòrischer Wahnsinn, Krafft-Ebing.
Einfache Verwirrtheit, Wille.
Acutes asthenische Delirium, Mayser.
Acuter Wahnsinn, Schüle.
Hallucinatorische Verworrenheit, Konrad, Salgò, Scholz.
Asthenische u. hallucin. Verwirrtheit, Kraepelin.
Hallucinatorisches Irresein, Fürstner.
Dementia generalis acuta oder subacuta, Tilling.
Mania hallucinatoria, Mendel.
Amentia, Meynert, Serbsky.
Dysnoia, polyneuritic psychose, Korsakoff.
Délire sensoriel, Schereschanski.
Folie générale, Rosenbach.
Paranoïa acuta oder hallucinatoria acuta, divers auteurs
Primary confusional Insanity, Spitzka.
Acute hallucinatory confusion, Spitzka.
Stupor, delusional stupor, Hayes Newington.
Acute confusional Insanity, Conolly Norman.

Frenosi sensoria acuta, confusione mentale, amenza, Morselli (1).

Stupidità, Morselli.

Delirio sensoriale, Del Greco, de Luzenberger.

Confusion mentale primitive, Chaslin, Séglas, etc.

Paranoia dissociativa, Th. Ziehen.

Delirium hallucinatorium, Mendel (2).

(1) Dans le 2e volume de sa *Semejotica*.

(2) Il faut ajouter à cette synonymie, puisque je fais rentrer dans la confusion des formes voisines que l'on en a séparées, les expressions de :

Delirium of collaps, H. Weber.

Collapsdelirium, Kraepelin, Aschaffenburg.

Erschöpfungsstupor, Schaefer (?).

Acute heilbare Dementia, Binzwanger.

Dementia acuta, divers auteurs.

CHAPITRE II

Résumé de l'historique. — Introduction à la deuxième partie.

Nous venons de voir qu'en France s'est séparée peu à peu de l'*idiotisme*, puis de la démence une forme particulière que l'on qualifiait de démence aiguë ou de stupidité, qui pouvait apparaître soit comme affection isolée, soit comme complication et qui jusqu'à Baillarger était admise par la majorité des aliénistes.

Le travail de Baillarger entraîne l'assentiment général, et la démence aiguë disparaît pour rentrer dans la mélancolie avec stupeur. Cependant Delasiauve, dans une série de travaux, montre parfaitement que la stupidité a tous les droits à l'existence. Dans ce qu'il appelle les espèces stupides, il décrit d'une part une stupidité ou confusion dite ordinaire, qui semble indépendante de la cause productrice, et d'autre part une stupidité qui est liée à différents

troubles, tels que l'alcoolisme, le saturnisme, etc. La confusion est essentiellement caractérisée par l'incoordination et le ralentissement des idées, qui donnent aux malades l'aspect de la stupidité ou de la stupeur, et qui peuvent s'accompagner d'hallucinations et de délire. Il y a différents degrés de la confusion, depuis la stupeur la plus profonde jusqu'aux stupidités légères. Après lui, quelques auteurs, tels que Brierre de Boismont, Dagonet, suivent l'opinion des anciens auteurs et de Delasiauve. Quelques aliénistes isolés décrivent aussi des cas de confusion, mais sans les rapprocher de ceux de Delasiauve. Quelques-uns reconnaissent bien le caractère particulier de certaines folies consécutives aux maladies infectieuses, et d'autres décrivent des formes qu'ils rapportent à une cause particulière, comme par exemple Becquet dans son délire d'inanition. Mais presque tous les aliénistes sans exception passent sous silence, dans leurs classifications, tous ces états de confusion ou de stupeur; bien peu même reconnaissent cette dernière comme un symptôme pouvant se présenter dans différentes circonstances (Dagonet, dans sa dernière édition,

Ritti, dans son art. STUPEUR du *Dict. encyclopédique*), puisqu'elle est rattachée à la mélancolie.

Pendant ce temps, en Allemagne, à la suite de la communication de Westphal, on décrit des cas de folie aiguë s'accompagnant de confusion. Peu à peu ces cas de confusion se séparèrent des autres folies aiguës, et actuellement la plupart des auteurs admettent l'existence de la confusion mentale primitive comme forme à part, quoique ses limites et la façon de la concevoir donnent encore lieu à des discussions; la démence aiguë est aussi admise; à côté se trouve un groupe de folies aiguës dont la signification et les rapports avec les deux formes précédentes ne sont pas encore bien fixés. Mais les auteurs allemands les plus récents admettent que la stupeur est un symptôme qui n'est pas lié exclusivement à la mélancolie, que la confusion, qui est aussi un symptôme, peut avoir des origines différentes; et ce dernier point de vue permet d'établir plus fortement l'existence de la confusion mentale primitive idiopathique en la séparant d'autres formes où la confusion est seulement secondaire, c'est-à-dire produite par des phénomènes psychiques sous

la dépendance étroite desquels elle se trouve, apparaissant et disparaissant avec eux. L'étude de la séméiologie a donc fait beaucoup plus de progrès en Allemagne qu'en France. En même temps un auteur russe, Korsakoff, voulait établir l'existence d'une affection qui a une grande ressemblance avec la confusion et qui serait liée à une intoxication se manifestant par des névrites périphériques. Les Anglais, les Américains et les Italiens suivent en grande partie les doctrines allemandes. Depuis deux ans l'étude de la confusion mentale a été reprise en France, et plusieurs auteurs se sont efforcés de rechercher dans les auto-intoxications et l'infection l'origine de cette affection.

Partant de qui précède, on voit que l'on peut admettre l'existence d'une forme de trouble mental dans laquelle le symptôme psychique prédominant et primitif est la confusion mentale; dans cette forme Delasiauve faisait rentrer la stupeur ou démence aiguë. Cette confusion mentale, que cet auteur appelait ordinaire, dans laquelle les troubles somatiques jouent un grand rôle, *semble*, après que la cause qui l'a produite à agi, évoluer d'une façon indépen-

dante. On pourrait l'appeler *confusion mentale primitive idiopathique* jusqu'à *plus ample informé.* A côté d'elle le *symptôme* confusion mentale primitive apparaît dans une série de troubles organiques auxquels il est lié, et Delasiauve en avait fait ses confusions épileptique, saturnine, etc., qu'il énumère à côté de l'ordinaire. On pourrait appeler ces états *confusions mentales primitives symptomatiques.* Enfin la confusion d'origine secondaire, simple symptôme d'importance accessoire, apparaît dans une série de circonstances différentes. L'affection mentale idiopathique, pour la description de laquelle j'adopterai les opinions plus ou moins explicites de Delasiaúve, m'occupera surtout dans les chapitres suivants; pourtant je crois qu'il est bon d'indiquer en passant les confusions symptomatiques dont l'étude, qui mérite d'être reprise, appartient d'ailleurs à celle des affections dont elles dépendent, groupe un peu artificiel, surtout commode pour l'exposition; et, à propos de la psychologie pathologique, je décrirai rapidement les confusions secondaires: il y a là une question de séméiologie qu'il me paraît utile d'indiquer.

DEUXIÈME PARTIE

CHAPITRE PREMIER

Symptomatologie de la confusion mentale primitive idiopathique.

I

Période d'incubation. — C'est un certain temps, variable avec la cause perturbatrice apparente, après que celle-ci a produit son effet, que l'organisme commence à réagir pathologiquement. Il se développe un état intermédiaire, stade prémonitoire (1), dont la durée très variable peut aller suivant les cas de quelques heures à quelques jours, voire même se prolonger plusieurs semaines; Wille dit que ce stade peut durer des mois (2). Il est à peu près analogue à tous les stades qui précèdent

(1) Voir la description de Morel des périodes d'incubation, il n'y a rien à y ajouter : *Traité*, p. 463.

(2) Quand l'affection se développe après une maladie infectieuse ou une psychose, le stade d'incubation peut passer inaperçu.

le développement des maladies mentales en général ; il se produit des modifications qui portent à la fois sur le corps et sur l'esprit.

Les malades se plaignent de maux de tête, de céphalée en forme de calotte (Delasiauve), de vertiges, de douleurs erratiques, de fatigue, de sensations plus ou moins bizarres et inexplicables; la tête est parfois chaude et rouge, l'appétit est troublé, la digestion est déréglée ; souvent il y a de l'amaigrissement et l'aspect du patient est altéré : les traits sont tirés, fatigués, la face pâle, les yeux cernés ; le sommeil est en général mauvais, troublé par des rêves, des réveils en sursaut, et le matin la dépression est plus marquée que dans d'autres moments de la journée.

Le malade éprouve une certaine anxiété, des alternatives d'irritation, d'agitation et d'apathie ; ses occupations lui deviennent pénibles, il est morose, il s'inquiète, il a souvent conscience qu'une maladie se prépare, qu'il va devenir fou, il craint de mourir, il se livre à la rumination intellectuelle et par moment il lui semble que le travail de la pensée lui devient difficile, qu'il perd la mémoire. Souvent son

caractère subit une certaine transformation (1). Au milieu de ces symptômes vagues se développent parfois des hallucinations ou des illusions passagères, des idées délirantes transitoires ou des accès très courts de confusion dont le malade peut avoir conscience. C'est sur ce dernier fait que M. Charpentier a insisté dans son travail.

II

Début. — Cet état qui peut, comme nous l'avons dit, être excessivement court, fait en général brusquement place au début de la maladie proprement dite. Quelquefois, au contraire, par exemple surtout dans les cas d'intensité faible, le passage à l'état confirmé se fait très graduellement, le patient se sentant malade peut faire appeler le médecin, mais il n'arrive que difficilement à s'exprimer même par écrit: il est déjà incohérent (Ziehen). Le début peut présenter toutes les variétés imaginables comme d'ailleurs la maladie elle-même.

(1) On ne remarquerait jamais cette défiance particulière qui précède souvent l'éclosion d'un délire systématisé aigu (Ziehen).

Souvent le début est marqué par un accès d'excitation généralisé qui fait ressembler le malade soit à un maniaque, soit à un mélancolique anxieux, soit enfin à un alcoolique aigu ou suraigu. Cette agitation peut même aller jusqu'à la fureur ou jusqu'à l'état qu'on a décrit sous le nom de délire aigu.

D'un autre côté, quoique, à ce qu'il paraît plus rarement, le patient peut présenter l'aspect de la stupeur à tous ses degrés et ressembler, soit à ce que Kahlbaum a décrit sous le nom de katatonie, soit à ce qu'on appelle la mélancolie avec stupeur.

Cette apparence extérieure du malade peut ne pas être aussi simple par suite de la combinaison et de la succession avec alternances plus ou moins irrégulières des deux états opposés d'excitation et de dépression. Sous cette apparence l'état psychologique est généralement constitué par ce fond essentiel de confusion, de perte de l'orientation avec ou sans délire, avec ou sans hallucinations ou illusions.

Mais tout cela n'est que l'esquisse très grossière du début qu'il est d'ailleurs naturellement

difficile de séparer de l'état confirmé de la maladie, puisque au fond les symptômes sont les mêmes, et puisque surtout ceux-ci se présentent le plus souvent pêle-mêle à la suite les uns des autres dans le plus complet dérèglement sans qu'il y ait lieu de considérer des périodes tranchées, quoi qu'en dise Konrad.

Aussi ne peut-on décrire la maladie que d'une façon schématique en présentant séparément des formes assez artificielles à mon avis, quoiqu'on puisse pourtant rencontrer des cas qui s'en rapprochent suffisamment (1). Je commencerai par décrire, en grande partie d'après un malade que j'ai eu sous les yeux, celle que l'on peut appeler la forme complète et moyenne, où se trouvent réunis tous les symptômes, sans prédominance particulière de l'un d'eux, en exceptant bien entendu le fond de confusion mentale toujours présent et essentiel. Elle correspond à celle que les Allemands appellent *acute Verwirrtheit*.

(1) Je justifierai plus loin la division des formes que j'adopte.

III

Forme complète et moyenne, confusion mentale primitive proprement dite. — Ce qui frappe d'abord, c'est l'aspect du patient: l'air hébété, ahuri et stupide, inerte et abruti, le regard vide et sans expression, la face pâle, plombée comme celle d'un vrai malade, débraillé, sale, les vêtements en désordre ou déchirés, il marmotte des paroles plus ou moins cohérentes, allant et venant sans but apparent, quelquefois avec la démarche chancelante ou embarrassée, ou titubante comme dans les tumeurs du cervelet; puis souvent il s'assoit par terre, se couche, se relève avec des gestes qui tantôt se rapportent à ses paroles, tantôt au contraire n'ont pas de relation avec elles; d'autres fois il reste assis sur un siège, indifférent à ce qui se passe autour de lui, se contentant de faire quelques gestes au hasard, en continuant son bavardage incohérent ou plongé dans le silence; d'autres fois enfin, s'il est couché, il peut se borner à une gesticulation et une mussitation qui font place de temps à autre à des accès de tranquillité absolue ou au contraire à une agi-

tation qui le fait sortir d'un bond de son lit.

Ces actes sont donc généralement incohérents (1), sans but visible ; ou bien il y a des mouvements automatiques, stéréotypés, bizarres, absurdes, ou au contraire à apparence raisonnée ou à apparence professionnelle ; il peut y avoir aussi des impulsions subites, raptus violents, contre les personnes étrangères ou dirigées contre le patient lui-même. Ces impulsions sont souvent peu dangereuses à cause de leur cessation brusque ou de leur transformation instantanée en un autre mouvement. Enfin les actes peuvent être en rapport avec les paroles ou les idées que le patient exprime ; ils sont souvent l'indice d'une hallucination ou d'une illusion.

Les actes joints à l'expression du visage ne révèlent le plus souvent que l'indifférence, l'obtusion, l'incertitude ou parfois, et alors d'une façon plus passagère, la tristesse, l'humilité, la crainte, l'angoisse, la terreur, ou au contraire le contentement, la joie ou l'orgueil ;

(1) Par exemple, le malade commence à mâcher quand on lui apporte son assiette et porte ensuite sa cuiller à sa bouche (Ziehen).

la rapidité du débit des paroles spontanées du malade est très variable, la loquacité, le bavardage ou l'élévation du ton succède sans ordre au mutisme, aux paroles rares ou chuchotées ; les phrases sont incomplètes, peu correctes, et, ce qui ajoute à la difficulté de les suivre, elles sont mal articulées, souvent ânonnées comme le font les enfants, ou prononcées avec effort ; parfois les mots se suivent avec une modification qui a l'air intentionnel comme si le malade voulait sans pouvoir y arriver, prononcer un mot déterminé (1) : d'autres fois ils se relient par assonances (2), ou bien ils

(1) Tel le malade Q... dont j'ai rapporté ailleurs l'observation, répétant à plusieurs reprises les mots brillant, boyant, bayant, billant, etc.

(2) L'infirmier de ce même malade a noté un jour les paroles suivantes prononcées par celui-ci :

« Ah! nous sommes en retard (il grimpe sur la fenêtre, descend de la fenêtre, se frotte les mains en dansant et veut m'embrasser).

Zéro..... estropié..... salut..... bon..... ha ! je suis rasé. Oui, oui, c'est ça. Nous avons l'honneur. Veux-tu le savon, il est bon le parapluie..... ha..... oui demain matin après l'aiguille pas de piqûre, attends..... cassez le bout..... battu, content, ficelle, épatant la mère Durand c'quelle l'avait grand..... Turlutu chapeau pointu, coton écru..... Henri quatre.

Il en faut quatre, trois, deux un et un partout, tout crû ha ! le client..... à la vapeur..... Il n'y en avait qui étaient ouvertes..... bon cœur..... pratique..... navigue (marchant

forment une sorte de litanie, ou ils sont prononcés avec emphase (verbigération), ou au contraire avec la plus complète indifférence et l'automatisme le plus complet. Parfois une phrase correcte se fait jour révélant une idée raisonnable ou au contraire quelque idée délirante ou une hallucination qui a pu occuper l'esprit du malade.

On comprend par cette description de l'aspect extérieur de celui-ci, dénotant l'état de confusion mentale où il se trouve, combien il est difficile de pousser plus avant l'examen et de procéder à l'interrogatoire, de fixer l'attention du patient d'une façon suffisante pour que la demande soit comprise, pour que la réponse soit correcte. Car il arrive qu'il ne comprenne

sur le matelas) ça ne plie pas comme le jambon, je suis d'aplomb. Je suis aux poids et mesures..... Trois épiciers pourriture..... Ces lentilles d'abord, épinards après..... moulin à vent..... vol..... Comme un vieux soldat, la musique il n'y a pas de danger, c'est ouvert..... vas-y..... chocolat..... court court..... pantalon..... pied au cul..... fil écru, coton..... bas de laine..... pas d'erreur..... aiguille..... Angélique la putain..... vermicelle, oseille..... ma mère est marchande de couleur, elle voulait en vendre..... chauffe le chocolat, c'est bon du râpé..... moule d'acier, vase de cuivre..... ça commence à sentir..... tu ne diras rien, c'est une aiguille perdue..... mais non..... c'est des pommes..... ah! Bagnolet..... tout seul..... ça y est.... vendu. »

pas l'ensemble de la question, qu'il ne saisisse que la première partie, qu'il soit obligé afin de comprendre de faire répéter ou qu'il semble un instant écouter le médecin pour retomber aussitôt dans sa rêvasserie, son délire ou son bavardage ou son mutisme. Il ne répond rien ou des mots sans rapport avec la question, ou il commence une réponse correcte qui finit par des mots sans suite ou par une autre phrase sans rapport avec la première, ou il s'arrête brusquement sans finir la phrase, ou enfin il arrive qu'il répète en écho les derniers mots de la question posée ; on peut arriver parfois à avoir une réponse exacte, souvent la seule que l'on obtienne est la suivante : « Je ne sais pas » ; d'autres fois la réponse paraît exacte, sauf l'emploi de périphrases ou des mots « machin, chose », qui indiquent la difficulté que le malade a de rassembler ses idées et de trouver ses mots. On voit qu'il fait des efforts énormes pour arriver à donner une réponse. L'écriture tremblée, désordonnée, révèle les mêmes troubles que la parole. — Quand enfin on a réussi à obtenir quelques renseignements sur l'état mental, ils ne font que confirmer ceux que le

malade par ses gestes avait inconsciemment donnés. L'incertitude plane sur tous les actes intellectuels ; le malade reconnaît mal ou pas du tout les objets qui peuvent lui apparaître déformés, il ne sait pas où il est, même chez lui ; il ne reconnaît pas les personnes, ses parents et même lui-même, quand il se regarde dans la glace, comme il arriva à un malade de M. Séglas. Cependant il peut reconnaître inconsciemment ses parents, car il les tutoie seuls, alors qu'il prétend que ce sont des étrangers (Séglas). C'est de même qu'il se trouve changé, ne se comprenant plus, doutant de sa propre personnalité.

Si on cherche à obtenir des réponses sur les circonstances qui ont précédé la maladie, le malade peut les donner parfois, quoique bien imparfaitement. Le malade peut même ne plus savoir son nom, son âge, ne donner que la date de sa naissance ou l'âge qu'il avait à telle date antérieure à la maladie.

Les faits récents survenus pendant la maladie sont quelquefois totalement absents de la mémoire du malade, ou bien ils sont retenus imparfaitement, incomplètement. Mais comme le

fait remarquer M. Séglas, les souvenirs anciens et même parfois certains faits survenus depuis la maladie, et que le patient était incapable de se rappeler à la demande du médecin, peuvent cependant reparaître spontanément, comme on peut s'en assurer par les paroles prononcées automatiquement par le malade, surtout s'il y a à ce moment un certain degré d'excitation.

De même que l'orientation dans l'espace est amoindrie ou perdue ou pervertie, de même l'orientation dans le temps n'est plus normale ; et les souvenirs que le malade peut avoir conservés sont souvent l'objet d'erreurs touchant ces deux « catégories ». Il est bien naturel qu'avec une pareille perturbation, le raisonnement le plus simple soit quelquefois impossible à faire exécuter ; l'imagination, cette pensée en images (Wundt), où le rôle actif de l'esprit est fort grand, est aussi singulièrement affaiblie. Comme le dit encore M. Séglas, le malade se représente l'avenir aussi mal qu'il évoque le passé ou comprend le présent.

Mais si les symptômes que nous avons décrits jusqu'à présent forment le fond essentiel de la confusion mentale primitive, ils peuvent être

accompagnés encore d'autres symptômes que les gestes et les paroles du malade ont déjà pu révéler avant l'interrogation : je veux parler des idées délirantes, des illusions et des hallucinations. Il faut le plus souvent, pour arriver à s'assurer une réponse convenable à leur sujet, saisir le moment où les actes ont indiqué leur existence : par exemple, un de nos malades faisant mine d'accrocher quelque chose aux parois de la cellule où il se trouvait, répondit clairement à ma demande qu'il était en train de construire une maison pour le compte d'un de ses amis. A d'autres moments il faisait des mouvements avec ses mains comme un ouvrier qui estompe, réminiscence de sa profession antérieure. Ces illusions, ces hallucinations, principalement visuelles, mêlées aux idées délirantes, sont comme celles-ci tout ce qu'il y a de plus variables ; elles peuvent être indifférentes comme dans le cas que je viens de rapporter, ou au contraire prendre une couleur particulière, le plus souvent triste, quelquefois, au contraire et passagèrement, de nature gaie. (Les auteurs allemands signalent des hallucinations de nature religieuse.) Non seulement le malade ne reconnaît

pas les lieux où il se trouve, mais encore il les prend pour d'autres ; il peut se croire dans une prison, dans un endroit quelconque. Il n'a qu'une idée confuse de sa propre personnalité, de sa situation vis-à-vis de lui-même et des autres personnes, il peut en outre avoir sous tous ces différents rapports des idées délirantes, mélancoliques, d'auto-accusation, de ruine, de damnation, de persécution vague, de négation même ou de transformation corporelle (1). Dans les moments d'excitation, on peut noter aussi des idées érotiques, des idées de grandeur, variables, généralement passagères. Ces délires et ces hallucinations changent avec une extrême rapidité comme dans le rêve (Delasiauve) et sont vite oubliés du malade. Il n'y a pas systématisation en général ; pourtant de même que de sortes de tics peuvent s'établir, de même peuvent se fixer avec plus ou moins d'intensité et de durée les idées délirantes, les hallucinations ou les illusions. — Un de mes malades fournit un bel exemple de ce dernier cas : dès le début il

(1) La tête a été remplacée, le nez est plus gros que la figure, le cœur est en bois, les dents sont soudées, le palais décroché. Voyez J. Séglas, *Le Délire des négations*, S. D. Encycl. scient. des aide-mémoire, p. 211.

m'avait pris pour un de ses amis, M. X., et maintenant qu'il est tombé dans la démence depuis deux ans, je suis toujours pour lui M. X. et à aucun moment il ne m'a reconnu pour médecin. Ces différents troubles intellectuels réagissent comme nous l'avons vu sur les actes, mais il faut remarquer avec Delasiauve que, contrairement au mélancolique, le malade se prête à l'interrogatoire autant qu'il le peut, et loin d'opposer la résistance et la négation systématiques du lypémaniaque, il se laisse volontiers déplacer et conduire, ou il essaye docilement d'exécuter les actes commandés ; mais on voit par ses hésitations et sa lenteur tout l'effort que lui coûtent ces actes ; il arrive même qu'il se comporte comme un véritable enfant, ayant absolument besoin d'être dirigé par une personne déterminée qu'il suit pas à pas sans pouvoir s'en séparer.

Les troubles mentaux, que je viens d'exposer, se développent parallèlement à des *troubles somatiques* dont le premier aspect du malade a immédiatement révélé l'importance, telle qu'ils peuvent parfois être prédominants. Mais dans la forme complète et moyenne que je suis en

train d'étudier, ils existent à peu près au même degré que les autres : c'est l'affaiblissement généralisé, l'épuisement, la dénutrition ; la face est pâle avec l'expression d'égarement que nous avons déjà signalée ; parfois il y a des rougeurs plus ou moins persistantes, particulièrement dans les périodes d'excitation ou de fièvre, les yeux généralement sans strabisme présentent souvent de la dilatation pupillaire ou de l'inégalité ou de l'atrésie qui sont (pas toujours !) passagères et variables. Il n'y a pas de signe de paralysie des différents muscles de la face, mais souvent il y a une sorte de tremblement, surtout quand le malade parle, dans les lèvres et la langue, qui peut faire croire à la paralysie générale. Quelquefois on note des grincements de dents, du trismus, des spasmes à la déglutition. La langue, est blanche, l'haleine mauvaise, ce qui concorde avec les troubles de la digestion, irrégulière, avec alternatives de diarrhée et de constipation, borborygmes fréquents, gâtisme, voracité ou refus d'aliments. Le pouls est petit, faible, souvent lent, la respiration plus ou moins superficielle, souvent il y a de la fièvre, chose très importante à noter ; cette

fièvre, que Sauze, avait déjà signalée (1), est très irrégulière, par accès, parfois continue ou à type inverse, pouvant s'élever jusqu'à 40°. Dans un cas que j'ai eu l'occasion de voir, cette fièvre ne paraissait nullement liée à l'état d'agitation, comme l'admet Ziehen (2), car elle continuait même dans les moments d'immobilité et de stupeur intense. Lorsqu'elle est très forte, accompagnée d'une agitation désordonnée, on peut craindre la terminaison fatale par « délire aigu ». En opposition il peut se manifester de l'hypothermie (surtout dans la convalescence).

Si l'examen physique, comme on doit toujours le pratiquer, se fait au lit, lorsqu'on découvre le malade on est frappé de son état de maigreur qui peut parfois être excessif, l'abdomen souvent rétracté, la peau flasque, ridée, sale, privée de sueur ou quelquefois enduite de sécrétion sébacée exagérée. Il peut y avoir de l'œdème des membres inférieurs ou de la cyanose des mains et des pieds. L'examen de la sensibilité est souvent difficile, elle est

(1) *Loc. cit.*, obs. I, p. 22.
(2) *Loc. cit.*

obtuse, on peut parfois provoquer de la douleur sur le trajet de certains nerfs atteints d'inflammation (1). Les réflexes tendineux peuvent être exagérés, mais la trépidation épileptoïde est rare, l'excitabilité idio-musculaire serait augmentée ; les réflexes de la peau sont normaux ou augmentés ou diminués, les mouvements volontaires sont souvent incertains, paresseux, lents, exécutés sans force, ce qui cadre bien avec la faiblesse générale, quelquefois accompagnés de tremblement, ou bien il y a des crampes, des secousses, ou les muscles peuvent être dans une sorte d'état de catalepsie ou de raideur ; le volume des urines, leurs éléments normaux peuvent varier en quantité ou il peut y avoir de l'albumine, du sucre, de l'urobiline ; les règles sont irrégulières ou tout à fait suspendues (2). Enfin, en rapport avec cet état de profonde dénutrition, se trouvent les variations de poids du malade, qu'il ne faut jamais manquer de noter, car elles donnent des renseignements toujours précieux. Le sommeil

(1) Psychose polynévritique de Korsakoff.

(2) Voyez Schaefer, *Rapports entre le molimen menstruel et les psychopathies*, Soc. psych. de Berlin, an. in Archives de neurologie, nº 88, juin 1894, p. 455.

généralement irrégulier avec des cauchemars peut être d'ailleurs complètement suspendu : le malade dort en apparence, les yeux ouverts.

Telle est la forme complète et moyenne lorsque l'affection a atteint son complet développement.

IV

La *marche* est, comme nous l'avons dit, essentiellement variable; souvent elle est intermittente (Sauze) ou elle est à rechutes (1).

La *durée* est très diverse : de quelques jours à quelques mois et même quelques années (Meynert).

Les différents modes de *terminaison* sont très bien résumés par Wille :

1° La *guérison* — elle peut être graduellement établie, assez rapide dans quelques cas, mais le plus souvent elle est précédée par une période d'affaiblissement intellectuel, qui peut quelquefois durer longtemps; mais ce qu'il y a

(1) M. Hannion en rapporte un exemple : quatre accès mensuels paraissant correspondre à l'époque des règles absentes.

d'important à noter, c'est qu'il y a constamment, contrairement à ce que dit Krafft-Ebing (1), une perte plus ou moins complète des souvenirs se rattachant à la maladie. Ce n'est que dans les formes légères que la mémoire concernant les troubles subits pendant la confusion peut être conservée. Il arrive aussi que le trouble de la mémoire peut être absolument semblable à celui de la psychose polynévritique (amnésie rétro-antérograde).

2° Une *période de confusion chronique* peu accentuée, mais qui peut durer jusqu'à plusieurs années et qui se termine par la guérison. Pour Wille, cette guérison n'est pas complète, l'intégrité de l'intelligence est loin d'être parfaite.

3° La *démence*, tantôt apathique avec accès de stupeur, tantôt avec excitation, le plus souvent un mélange de ces deux états. D'après un cas que j'ai observé, cette démence présenterait ce caractère, que l'incohérence est bien plus accentuée que dans la démence, suite de manie et de mélancolie ; elle porterait encore

(1) Krafft-Ebing, *loc. cit.*

le cachet de l'état de confusion qui lui a donné naissance.

4° La *mort*, soit dans le cours de la maladie, soit à la fin. Elle peut arriver à la suite d'une exacerbation de l'affection qui prend les allures du délire aigu, ou bien le malade s'éteint peu à peu dans le marasme (il faut avoir soin de surveiller les escarres, qui amènent l'infection), ou enfin une maladie intercurrente vient juger la situation, comme la pneumonie, la phtisie aiguë ou chronique, les néphrites, des infections intestinales, plus rarement des lésions du cœur ou des vaisseaux.

Lorsqu'il y a guérison, celle-ci peut être annoncée par une *crise*. Sauze insistait beaucoup sur ce point : il mentionne le retour des règles, le retour de la transpiration, une fièvre intense avec diaphorèse abondante, la salivation, la diarrhée, un abcès, un érysipèle (1). Schüle (2) a noté une éruption furonculeuse.

Dans le cas de guérison, il faut ajouter aux faits mentionnés plus haut, qu'il peut persister

(1) Sauze, *Études médico-psychologiques*, etc., p. 67.

(2) Schüle, *Discussion* à propos de la communic. de Schœnthal (déjà cité).

pendant longtemps un état neurasthénique, des idées fixes conscientes, des idées délirantes, des hallucinations, etc. (Delasiauve). Ziehen a noté un rétrécissement du champ visuel sans hémianesthésie.

V

Autres formes. — La description précédente est forcément un peu artificielle, et de même sera celle des autres formes. Cependant dans quelques cas ces formes sont assez nettes pour mériter d'être exposées à part et distinguées entre elles ; leur lien commun est l'état de confusion, confusion primitive, d'origine organique, comme le dit Delasiauve, dont l'intensité peut être variable, mais dont l'existence est indispensable à la constitution de l'affection. Les différents degrés de confusion, les différents degrés du trouble somatique, les phénomènes d'excitation et de dépression ou enfin les formes du délire peuvent, par leurs combinaisons variables, constituer les formes que je vais étudier maintenant. Si c'est le trouble mental qui prédomine dans le tableau clinique, si la confu-

sion ou le ralentissement intellectuel est porté à son plus haut degré, on est en présence de ce qu'on appelle la démence aiguë avec ses deux variétés agitée et stupide ; si c'est l'état somatique qui prédomine, on a alors ces formes qui simulent le mieux une maladie infectieuse, que l'on peut appeler formes typhoïde ou méningitique.

Entre ces deux extrêmes se placerait à côté de la forme complète et moyenne une forme très aiguë à marche et début rapides, le *délire de collapsus* où il y a une excitation généralisée, confusion extrême, fièvre souvent intense, et qui peut aller jusqu'à revêtir l'aspect du délire aigu. A côté, encore, se placeraient d'une part les confusions légères de Delasiauve, et de l'autre une forme plus torpide et très longue qui coïnciderait avec une partie de ce que Meynert a décrit sous le nom de forme chronique de l'*amentia.*

Faut-il faire une forme à part de la psychose polynévrétique? N'y aurait-il pas d'autres formes peut-être en rapport avec la nature de la cause perturbatrice? Comme certains cas de psychose polynévritique revêtent l'aspect de confusion, on pourrait peut-être en faire une

forme spéciale, caractérisée par la présence concomitante de polynévrites et comportant de ce chef une marche et un pronostic particuliers. Quant aux autres formes en rapport avec la nature de la cause, c'est encore bien obscur et elles rentreraient plutôt dans les confusions symptomatiques. L'avenir décidera.

Cette division est en gros celle que Delasiauve a implicitement adoptée, car il ne sépare pas la confusion de la démence aiguë, comme le font presque tous les auteurs allemands. D'ailleurs Kraepelin, dans la dernière édition de son excellent *Manuel*, range dans le cadre des psychoses asthéniques le délire de Collapsus, la confusion et la démence aiguë en les considérant toutes comme la conséquence de l'épuisement, la dernière étant comme le degré ultime de la perturbation organique où les signes d'excitation intellectuelle font presque entièrement défaut. Le fond du trouble mental étant toujours l'affaiblissement intellectuel, il me semble naturel de faire rentrer ces psychoses, si peu différentes, dans le même cadre et de les réduire à des formes de la confusion mentale primitive.

VI

Confusion mentale primitive suraiguë avec symptômes d'excitation intense ou Délire de collapsus [Hermann Weber (1), Kraepelin (2)]. — Le début de l'affection est en général très rapide : après un peu d'inquiétude, de troubles dans le sommeil, le malade commence à s'agiter, puis très rapidement l'état confirmé de la maladie apparaît, le malade ne peut rester en place ; s'il est au lit, il est difficile de l'y maintenir, il en sort d'un bond, gesticule, danse, se précipite contre les personnes qui l'entourent, il déchire ses habits et s'accroche à tout ce qu'il trouve devant lui. Les cheveux en désordre, le malade est pâle, amaigri, quelquefois d'une façon effrayante, et son excitation intense masque son état de faiblesse réelle, conséquence de l'extrême dénutrition, comme on peut le constater par la diminution du poids ; le pouls est petit, lent, la peau est froide, sale,

(1) Hermann Weber, *loc. cit.*

(2) Kraepelin, *Das Collapsdelirium*, Psychiatrie, 4e édition, 1893, p. 254. Voyez aussi : G. Aschaffenburg, *loc. cit.*

souvent marquée de taches ecchymotiques et d'égratignures, conséquence des mouvements désordonnés du patient ; la langue est chargée, l'haleine mauvaise, le malade refuse tantôt la nourriture, tantôt l'engloutit machinalement, tantôt enfin, dans un moment de calme relatif, il se laisse verser dans la bouche quelque aliment liquide. Cet état extérieur est accompagné d'un état mental que l'on ne peut guère apprécier qu'en écoutant les paroles incohérentes entrecoupées, prononcées tantôt avec volubilité et à voix haute, tantôt avec une emphase théâtrale, tantôt chuchotée comme s'il s'agissait de confier un secret. Je me rappelle un malade qui, assis sur le bord de son lit, désignait un point de sa cellule et différentes personnes présentes de son index droit étendu, en marmottant des paroles incohérentes sur un ton de mystère, puis élevant la voix avec force, appuyant sur les mots, complètement incohérents, scandant et soulignant tout d'un ton emphatique par des mouvements de ce même index toujours étendu. Il est difficile, pour ne pas dire impossible, de fixer l'attention suffisamment pour obtenir une réponse qui, dans

les cas les plus heureux, est excessivement courte. La perte de l'orientation paraît totale, par suite et de l'état incomplet des perceptions et des hallucinations presque toujours présentes : hallucinations de tous les sens que viennent compléter les idées délirantes les plus disparates et les plus changeantes : idées de persécution, de grandeur, d'auto-accusation, de négation, hypochondriaques, etc., s'entremêlent sans suite et sans ordre. Parallèlement à cette excitation motrice et intellectuelle se développe aussi l'excitation émotionnelle, sentiment exagéré de soi-même, comme on peut le constater par l'attitude du patient qui se redresse avec hauteur; on peut constater des accès de colère ou des accès de dépression, quelquefois des tendances érotiques. Souvent le malade s'oppose à ce qu'on veut lui faire faire avec une résistance incohérente qui souvent disparaît brusquement (Kraepelin).

Lorsque l'affection est suraiguë, les mouvements sont complètement désordonnés ou stéréotypés et répétés indéfiniment, tandis que les paroles sont en partie remplacées par des sons bizarres, inarticulés, sans sens et sans

suite. L'état de conscience est difficile à apprécier, car le patient paraît avoir perdu toute relation avec l'extérieur.

Cet état qui dure nuit et jour, rarement entrecoupé par un assoupissement momentané, ne peut être de longue durée. Au bout de quelques jours, quelques heures même, au plus deux semaines, une éclaircie brusque se fait dans la conscience du patient. Parfois à la suite d'un sommeil prolongé le malade se reconnaît, reconnaît le monde extérieur, il a le sentiment qu'il vient d'être malade, sentiment qui se fait parfois jour aussi d'une façon fugitive pendant le délire même, mais toute la période du délire est complètement supprimée de la mémoire, sauf dans quelques cas, où quelques bribes d'idées délirantes surnagent encore et dont le patient peut rendre compte. Celui-ci se trouve encore pour longtemps dans un état de faiblesse irritable, impatient, querelleur, bavard, facilement excitable, et c'est alors que l'on peut bien reconnaître l'état de profond affaiblissement physique que l'excitation désordonnée avait masqué ; l'appétit reprend, le poids du corps remonte avec une

rapidité telle qu'en quelques semaines il peut regagner une vingtaine de kilogrammes (Kraepelin).

D'autres fois la guérison ne s'obtient qu'après un état de confusion légère qui peut durer même plusieurs mois. Dans les cas défavorables, la démence s'installe peu à peu ou au contraire c'est la mort qui vient terminer la scène; dans ce cas, la fièvre augmente de plus en plus, l'état général devient encore plus mauvais, le patient, que l'on peut maintenir sans peine au lit, s'affaiblit, l'excitation tombe peu à peu, les paroles deviennent rares et le malade meurt avec une hyperthermie qui peut aller jusqu'à 41 degrés.

VII

Confusion mentale primitive profonde ou démence aiguë (avec ses deux variétés agitée et stuporeuse). — Après une période plus ou moins courte d'un trouble vague, mental et somatique, le malade commence à s'agiter, à tenir des propos désordonnés, qui peuvent revêtir l'apparence de ceux observés dans la

confusion primitive, forme moyenne. Mais ici la perte de l'orientation dans le monde extérieur est bien plus complète et la confusion devient plus profonde que dans les autres formes. Ce n'est pas comme dans le délire de collapsus, où la confusion est accrue par les symptômes d'excitation intellectuelle; ici, au contraire, les idées délirantes, les hallucinations ou les illusions semblent très fugitives; les relations avec le monde extérieur paraissent suspendues et les manifestations intellectuelles réduites à leur plus simple expression. Il est presque impossible d'entrer en communication avec le malade, et ce n'est que par son aspect que l'on peut juger de l'état de sa conscience ; l'expression de la physionomie est morne, complètement hébétée, les actes sans aucune espèce d'apparence de motifs; le malade déchire ce qui lui tombe sous la main, se roule, se traîne, grimpe ou frappe d'une façon purement automatique, il se masturbe ou se livre parfois à un accès de violence de courte durée ; il émet des paroles absolument insignifiantes ; il répète parfois, comme une machine, les mêmes mots pendant des heures entières, certaine-

ment sans y attacher la moindre signification. Avec cet état d'agitation relative, le côté émotionnel de l'esprit semble indifférent ; parfois pourtant un changement d'humeur passager se produit, accompagné d'un plus haut degré de gesticulation. Le malade a d'ailleurs mauvais aspect ; les troubles organiques sont ceux que nous avons déjà décrits plus haut, mais il s'y joint parfois l'augmentation des réflexes, et à certains moments on peut imprimer au malade des mouvements qui révèlent un certain degré de catalepsie. Telle est la variété que l'on peut appeler agitée, où d'ailleurs l'agitation est toute relative ; quand celle-ci manque, l'aspect est celui de la stupeur, aspect que les auteurs français ont si bien décrit et dont je ne ferai, pour ce motif, que donner une rapide esquisse (1).

L'aspect du malade est celui de l'obtusion portée à son plus haut degré : immobile, les yeux fixes, la face pâle sans aucune émotion marquée, il reste assis dans une attitude affaissée ; les mains sont froides et bleues ainsi que

(1) Voyez aussi : Hack Tuke, art. DELUSIONAL STUPOR, *Dict. of psych. Medicine*, vol. II, p. 1209.

les pieds, plus ou moins œdématiés, la bouche entr'ouverte laisse souvent s'écouler un flux de salive; souvent les membres peuvent conserver pendant un certain temps l'attitude qu'on leur impose. Il est impossible, le plus souvent, de provoquer une réaction aux excitants extérieurs, la sensibilité paraît très affaiblie, les réflexes manquent. Le malade supporte le chaud, le froid, il peut se faire des blessures sans paraître en ressentir la moindre douleur, et même il peut arriver qu'une femme, dans cet état, accouche sans en avoir conscience (Kraepelin). Cette immobilité est parfois interrompue par quelques moments d'agitation, le plus souvent très passagers ; le malade ne parle pas et c'est avec grand'peine qu'on obtient parfois une réponse ; les fonctions de nutrition sont ralenties, la langue est sale, il y a de la constipation souvent très opiniâtre, et quand le malade va spontanément à la selle, il fait là où il se trouve. Le défaut d'alimentation entraîne un amaigrissement qui est parfois considérable et qui mène quelquefois à un état cachectique ; la respiration est superficielle, le pouls petit, fréquent, filiforme, les battements du cœur

faibles, la température souvent au-dessous de la normale, sont en relation avec cet état de dénutrition générale si marquée. La menstruation est supprimée et le sommeil n'arrive pas malgré que les malades restent immobiles dans leur lit pendant la nuit. Le poids est généralement très amoindri.

Quant au côté psychique, si dans les cas peu intenses(1), le malade conserve encore un certain degré d'activité intellectuelle, les perceptions se font très mal et les raisonnements souvent les plus simples sont impossibles : ainsi un malade que j'ai eu dernièrement l'occasion de voir avait beaucoup de peine à reconnaître une pendule ; il disait d'abord que c'était la mort (paroles sans rapport avec l'objet, car il faisait la même réponse à d'autres questions), puis il finit par dire que c'était sa montre, mais il n'a jamais pu reconnaître le marbre noir de la pendule ; il disait que c'était du charbon et en insistant comme il faut toujours

(1) Il semble que dans la variété avec stupeur, il puisse y avoir des cas où l'intensité du trouble porte surtout sur les manifestations extérieures ; l'aspect de stupeur est très marqué, en même temps que la confusion intellectuelle est relativement faible, et il y a plutôt arrêt que confusion.

le faire avec ces malades, je n'ai pu tirer de lui une autre réponse que « c'est noir ». Quand on interroge les malades, il faut répéter nombre de fois les questions et les secouer un peu pour essayer de fixer et de réveiller leur attention; d'ailleurs les réponses ordinairement monosyllabiques se font toujours attendre longtemps, mais il ne me paraît pas y avoir dans cette forme de troubles du langage aussi marqués que dans la confusion mentale proprement dite. Parfois, quand on les interroge, il semble que le malade s'éveille un peu et que sa physionomie prend une expression pour un moment moins stupide; quelquefois même il sourit spontanément comme si une idée plaisante lui passait par l'esprit (comme l'avait déjà remarqué Westphal). Il peut même répondre par une plaisanterie comme ce patient dont je parlais tout à l'heure, à qui on montrait des lapins dans un panier, et qui répondait à ma demande de me dire quels animaux c'étaient : « — Ce sont de chauds lapins ». A côté de ce manque de la reconnaissance des objets extérieurs qui conduit à la désorientation, il semble bien que le fonctionnement

intellectuel se fait avec une grande lenteur; parfois il semble se produire des hallucinations ou des idées délirantes de nature triste; la mort, les tortures reviennent souvent dans les rares propos que tiennent les malades et on peut leur arracher parfois l'expression d'idées hypochondriaques, de négation ou de transformation corporelle, comme chez un de mes malades qui prétendait avoir trois cœurs.

Lorsque le trouble pathologique est à son plus haut degré, il semble que le malade ait perdu tout rapport avec le monde extérieur et que la pensée soit réduite à son minimum comme dans le sommeil. Le plus souvent, le côté émotionnel est indifférent, même lorsque par éclairs le patient peut vaguement sentir qu'il est malade; il semble pourtant que peut-être un sourire ou des larmes très passagers puissent indiquer l'existence d'une émotion plus intense qui se fait jour un instant. Pourtant aussi il peut se produire un accès d'agitation avec ton émotionnel correspondant, un accès de colère ou d'angoisse, mais en somme c'est l'indifférence et l'absence d'émotion qui semble régner, elle explique d'ailleurs assez

bien la docilité et l'immobilité relatives des malades. Cependant il faut toujours avoir soin de les surveiller, car on peut toujours craindre un acte de violence du malade contre lui-même ou contre les autres, bien que ces tentatives soient caractérisées par leur incohérence.

La durée de la démence aiguë est très variable, elle peut aller jusqu'à plusieurs années, surtout pour la forme avec stupeur. Ce qu'il y a à craindre est la terminaison dans le marasme ou par complication de tuberculose, ou que la guérison soit incomplète, ou que l'affection laisse après elle un état de démence incurable. Quelquefois la guérison arrive avec une très grande rapidité, et le malade semblant s'éveiller d'un profond sommeil s'oriente peu à peu et recouvre l'intégrité de son intelligence; d'autres fois la guérison se fait lentement, la stupeur se dissipant un peu le soir pendant un certain temps pour revenir le lendemain matin, jusqu'à ce qu'elle finisse par disparaître tout à fait.

VIII

Confusion mentale légère (stupidité légère de Delasiauve). — Cette forme ayant été très bien décrite par Delasiauve, je renvoie à l'historique où j'ai reproduit en grande partie le tableau clinique tracé par ce maître (Voyez p. 36).

IX

Formes typhoïde ou méningitique. — Le patient étendu ou replié dans son lit présente, pour toute la durée de l'affection ou pendant une certaine période, l'aspect d'un malade atteint d'un maladie infectieuse, ou d'une méningite, mais la fièvre peut manquer ou être remplacée par l'hypothermie. Une malade de M. Séglas (1) présentait de la fièvre, la peau étant chaude et sèche, l'haleine infecte, la langue et les lèvres fuligineuses ; il y avait de la carphologie, des soubresauts musculaires,

(1) Séglas, *Des auto-intoxications dans les maladies mentales*, p. 8 du tirage à part.

du tremblement des membres, du mâchonnement, une difficulté de déglutition pour les liquides, de l'œdème des extrémités supérieures et inférieures. L'obtusion intellectuelle est variable, allant de la stupeur la plus profonde à un état de rêvasserie analogue à celui des fièvres. Un autre malade que j'ai vu accidentellement, qui était employé à la lampisterie d'un chemin de fer, parlait sans cesse de son métier ; le poêle allumé placé dans la salle où il se trouvait à peu de distance de son lit, le préoccupait beaucoup ; on pouvait comprendre aux paroles incohérentes qu'il marmottait que ce poêle par son feu visible lui rappelait les lanternes qu'il était de son devoir d'allumer. Mais ce qui était le plus frappant, c'est que ce patient faisait absolument penser à une affection médicale proprement dite. A tel point que l'on peut se demander si ces cas doivent bien rentrer dans le cadre de la confusion.

CHAPITRE II

Confusions mentales primitives symptomatiques.

On rencontre dans une série de cas, dont je ne citerai que quelques-uns, des états de confusion mentale primitive liés à une maladie organique où à une modification pathologique dont ils suivent les manifestations. Par exemple, les *infections*, surtout la *fièvre typhoïde* (1), l'*érysipèle* (2), le *rhumatisme cérébral* (3), peuvent amener des symptômes psychiques caractérisés par une confusion mentale profonde,

(1) Voyez le travail récent de Pagliano, *Troubles de l'intelligence dans la fièvre typhoïde*, Rev. de médecine, 1894, nos 7 et 8; Aschaffenburg, *Ueber Initialdelirien bei Typhus*, 25 Versaml. des südw.-d. psych. Vereins. Neurologisches Centralblatt, 1894, n° 2, p. 93.

La fièvre typhoïde peut même s'accompagner de troubles mentaux qui simulent à s'y méprendre une paralysie générale.

(2) Voyez l'observation de R. Sommer dans son *Diagnostik der Geiteskrankheiten*, p. 98.

(3) Voyez Ball, *Leçons sur les maladies mentales*, 2e éd., 1890, p. 675.

Besnier, art. Rhumatisme, *Dict. encyclopédique.*

de la stupeur avec ou sans hallucinations. C'est surtout dans ce qu'on appelle les délires du début de la fièvre typhoïde que l'on rencontre cette apparence. On peut la rencontrer aussi dans certaines maladies produites par des auto-intoxications, comme nous en trouvons un bel exemple cité par Ewald et J. Jacobson (1).

La *rage* (2), dans certaines de ses formes, peut présenter aussi parallèlement à des symptômes d'excitation tels que des hallucinations très vives, et avec les troubles somatiques que l'on connaît, un état de confusion très intense.

Comme il est probable ou possible, certains *délires aigus* constituent une maladie infec-

(1) C.-A. Ewald et J. Jacobson, *Sur les ptomaïnes que contient l'urine dans les maladies chroniques*, Médecine scientifique, 1894, n° 14.

Il s'agissait d'un homme de quarante-neuf ans qui, à la suite de constipation, de malaise et d'un excès gastronomique, fut pris d'une affection gastrique vague, avec constipation, renvois putrides, douleurs dans l'épigastre. Puis vinrent des accès passagers où le malade, dans une sorte de rêve, allait et venait automatiquement. Pas de fièvre. Enfin il tomba dans un état de confusion extrême continue. Toute maladie infectieuse ou cérébrale éliminée, on pensa à une auto-intoxication gastro-intestinale. On pratiqua le lavage de l'estomac, qui donna issue à une quantité de matières fétides. Ces lavages répétés amenèrent progressivement la guérison complète.

(2) D'après Serbski, *loc. cit.*

tieuse(1). On y rencontre à côté de phénomènes d'excitation intellectuelle intense une confusion extrême qui augmente jusqu'à la mort du malade.

Dans la *psychose polynévritique* de Korsakoff il y a souvent des moments de confusion très grande, comme le montrent les observations de cet auteur (*loc. cit.*).

L'*urémie* (2), et il semble très rarement le *diabète* (3) ainsi que la *goutte* (4) peuvent aussi revêtir l'aspect de la confusion.

Les périodes d'asystolie des *maladies de cœur* donnent lieu à des troubles délirants où l'on peut aussi rencontrer cette confusion symptomatique.

Dans l'*alcoolisme*, on sait qu'en dehors du délire subaigu, on peut rencontrer une foule de troubles intellectuels depuis les hallucinations isolées, surtout de l'ouïe, jusqu'aux délires systématisés et à la pseudo-paralysie générale.

(1) Voir plus bas.

(2) Voyez Joffroy cité par Florant et celui-ci, *Des manifestations délirantes de l'urémie*. Th. de Paris, 1891, nº 135.

(3) Voyez Mabille et Lallemant, *Des folies dialhésiques*. Paris, 1891.

(4) Voyez Mabille et Lallemant, même indication.

On peut aussi voir des cas de délire qui revêtent plus ou moins fidèlement l'aspect de la confusion mentale (1). Il en est de même dans l'*ergotisme chronique* (2).

Les *méningites* (3), les *tumeurs cérébrales* (4), la *syphilis du cerveau* (5), le *ramollissement* (6), certains cas d'*hémorrhagie cérébrale* (7) amènent parfois des troubles où la confusion mentale primitive joue un rôle prépondérant. Celle-ci peut encore apparaître dans certains cas de *paralysie générale*, de *démence*, de *démence précoce* (8) ou de *démence sénile*, ainsi que

(1) Voir l'observation de R. Sommer, *loc. cit.*, p. 74.

(2) W. Bechterew, *Ueber neuro-psychische Störungen bei chronischen Ergotismus*, Neurol. Centralbl, 1892, n° 24, p. 769.
Voyez aussi M. Reformatski, *Psychoses consécutives à l'intoxication par l'ergot de seigle*. Thèse de Saint-Pétersbourg, 1894, anal. in Médecine scientifique, 1894, n° 23, p. 188.

(3) Angiolella, *Delirio sensoriale, meningite cerebro-spinale*, VIII Cong. della Soc. fren. it., Atti p. 73, Riv. sp. d. fren., 1894, f. II.

(4) *V.* R. Sommer, p. 30.

(5) Ziehen, *Psychiatrie*, p. 437; Fournier, *La syphilis du cerveau*, 1879.

(6) Meynert, Wille.

(7) Ziehen.

(8) J'ai vu un fait assez curieux de désorientation limitée dans un cas qui m'a paru être de la démence précoce. Celle-ci avait débuté par un stade vraisemblablement hallucinatoire (comme ces formes que Kraepelin appelle *dementia paranoïdes*); puis quand il eût été amené à Bicêtre, le pa-

dans des états d'affaiblissements congénitaux.

Dans le *ramollissement cérébral* elle donne lieu à ces formes que Meynert a décrites et qui sont souvent liées à des embolies ou des thromboses, conséquences de maladies du cœur ou des vaisseaux et que Wille range dans la *Verwirrtheit* atypique.

Il y a des cas de *folie circulaire* où, comme le remarque Kraepelin (1), la période de dépression est caractérisée par une profonde confusion mentale et il est parfois fort difficile de distinguer ces cas de la confusion idiopathique. Je n'en parle que par ouï-dire n'ayant pas eu occasion d'en voir. Aussi me bornerai-je à les

tient se montrait agressif, insolent, répondait aux questions un peu comme un persécuté-persécuteur, mais avec cette caractéristique qu'il ne se rendait nullement compte de l'endroit où il se trouvait ni de quelles personnes il subissait l'interrogatoire. Pas d'hallucinations appréciables, ni d'idées délirantes marquées, sauf que le malade racontait une scène érotico-religieuse évidemment imaginaire qui se serait passée au début de l'affection. En plus des tendances agressives, il y avait des illusions très curieuses sur quelques personnes et en outre tout le temps que j'ai vu ce malade, il n'a pas été possible de lui faire admettre qu'il était dans un asile. Il ne savait pas où il était ; les aliénés qui l'entouraient « étaient des hommes » et il se contentait de cette explication.

(1) Kraepelin, *Psychiatrie*, 4e éd., p. 266.

classer sous réserves, sans insister davantage, dans les confusions symptomatiques.

Dans le *goitre exophtalmique* (1) il y aurait d'après Jacobson des accès passagers de confusion.

Dans l'*épilepsie*, il y a des troubles mentaux dits équivalents psychiques, qui sont souvent caractérisés par une sorte d'automatisme cérébral assez analogue au somnambulisme, pendant lequel le patient paraît agir presque en connaissance de cause, et, à la suite de l'accès dont il guérit subitement, il a perdu plus ou moins complètement le souvenir de celui-ci. Il y a aussi d'autres formes; parmi elles il semble y en avoir où on trouverait un état de confusion ordinairement accompagné d'hallucinations et qui se rapprocherait de l'état du confus idiopathique. Mais c'est surtout après l'accès épileptique, dans la période d'*épuisement* (2) qui le suit, que le patient présente à un haut degré le symptôme qui nous occupe.

(1) Jacobson, *Ueber auto-intoxications Psychosen*, Allg. Z. f. Psychiatrie, t. LI, 2, 1894, p, 379; il renvoie à l'indication suivante : Fr. Müller, *Beiträge zur Kenntniss der Basedow'schen Krankheit*, D. Arch. f. klin. Med., 1893, 4 et 5, p. 336.

(2) Féré, *Les épilepsies et les épileptiques*, 1890.

Chez des *hystériques*, M. Pierre Janet (1) a décrit des cas de confusion qui semblent liés à la névrose. Mais cela n'est pas encore absolument certain et peut-être sont-ils dus à une complication (2). La *neurasthénie* dans lequel le trouble cérébral est conscient, s'accompagne parfois d'un certain degré de confusion (3) dont s'aperçoivent les malades ; mais il ne va jamais très loin (sauf en cas de complication) et je renvoie à la description si frappante de Delasiauve que j'ai citée si au long. M. Charpentier (4) a étudié des troubles analogues qui rentrent dans les états neurasthéniques, bien qu'il ne reconnaisse pas l'existence de la neurasthénie.

Il y a bien longtemps que l'on a décrit les troubles produits par le *froid*. Larrey (5), dans ses *Mémoires de chirurgie militaire et Campa-*

(1) *Loc. cit.*

(2) Séglas a aussi rapporté un cas un peu spécial sous le titre : *Confusion mentale, amnésie continue et anesthésie généralisée chez un hystérique* (Congrès de Clermont-Ferrand, Semaine médicale, 1894, nº 46, p. 371).

(3) Althaus, *Des symptômes bulbaires de l'encéphalasthénie*, anal. in Semaine médicale, 14 novembre 1894, p. 523.

(4) *Loc. cit.*

(5) Larrey, *Mémoires*, t. IV, 1817, p. 127.

gnes, parlant des effets produits par les basses températures pendant la retraite de Russie, a noté la confusion qui survenait chez les malheureux atteints par le froid : « La mort de ces infortunés était devancée par la pâleur du visage, par une sorte d'idiotisme, par la difficulté de parler, la faiblesse de la vue et même la perte totale de ce sens... » Bien d'autres auteurs ont depuis décrit les mêmes phénomènes.

L'*inanition* a donné lieu autrefois à de nombreux travaux (1), et je n'en ai cité qu'un, celui de Becquet, le plus important et le mieux fait. Le même trouble des idées peut être la conséquence de cette inanition, mais souvent avec une teinte particulière (2). Il semble aussi que cet état d'inanition facilite la production d'hallucinations qu'un peu de nourriture, comme le remarque Becquet, suffit à faire disparaître.

(1) Savigny, *Observations sur les effets de la faim et de la soif éprouvées après le naufrage de la frégate du roi* la Méduse *in* Thèse de Paris, 1818, nº 84.

Marotte, *Étude sur l'inanition résultant de l'abstinence prolongée dans les maladies aiguës*, Bulletin général de thérapeutique, t. XLVII, 1854. V. p. 508 ; etc. V. Lépine, art. Inanition, *Dict. Jaccoud*, p. 506.

(2) Hanot, *Remarques sur trois cas de délire par inanition*, Progrès médical, 3 janvier 1874, p. 6.

Je dois faire remarquer une fois de plus à propos de ces confusions symptomatiques que je n'ai fait qu'indiquer, puisqu'elles ne rentrent pas directement dans mon sujet, qu'elles dépendent étroitement du trouble organique qui les cause, disparaissant en même temps que lui, à moins qu'elles ne passent à un état plus fixe, rentrant alors dans la confusion dite idiopathique.

En outre la grande majorité de ces troubles donne souvent lieu à des symptômes d'excitation intellectuelle constituant ordinairement un délire hallucinatoire dont la confusion mentale primitive peut être absente.

Entre ces formes où la confusion primitive est présente et celles où elle manque il y a probablement tous les intermédiaires. Je n'ai pas à rechercher ici la raison de ces différentes apparences. Je n'ai pas à rechercher non plus en ce moment les rapports qui peuvent exister entre certaines confusions symptomatiques et l'idiopathique. Cela rentre dans la théorie générale de la confusion qui formera un chapitre spécial.

CHAPITRE III

Physiologie et psychologie pathologiques de la confusion idiopathique (1). — Confusions secondaires.

Jusqu'ici je n'ai fait que décrire cliniquement l'affection sans chercher à pénétrer dans le fond même du trouble intellectuel et sans employer un langage particulièrement psychologique. Il conviendrait maintenant de le faire, mais en réalité les théories psychologiques et physiologiques que l'on a données à propos de l'état de confusion ne dépassent pas beaucoup, par leurs résultats, ceux que l'examen clinique grossier nous a donnés et que déjà Esquirol avait obtenus lorsqu'il parlait du trouble mental observé dans la démence. Tout ce que l'on peut faire, sans s'égarer dans des dissertations d'une psychologie trop vague ou au contraire

(1) Je ne sais si le trouble psychique est exactement le même dans toutes les confusions primitives idiopathiques ou symptomatiques. Il y a là un vaste champ de recherches.

trop systématique, est de chercher d'une façon méthodique les troubles qui peuvent atteindre les différentes opérations de l'esprit, telles que permettent de les entrevoir les recherches de psychologie normale et celles faites dans les autres formes d'aliénation et surtout l'hystérie. La conclusion générale de cette étude viendra simplement renforcer cette notion qui paraît bien acquise, que le fonctionnement de l'esprit repose sur la synthétisation perpétuelle, indispensable, de ses éléments. Dès que cette synthétisation disparaît, il y a état anormal de l'intelligence, mais cette perte de la synthèse ne s'effectue pas de la même manière dans toutes les affections mentales. Dans la confusion mentale, cette dissociation est extrême, il est difficile de trouver une affection où la « désagrégation », « l'émiettement » (1) soient plus accusés ; c'est ce que je vais essayer de montrer en reprenant sous une forme un peu différente l'examen psychique d'un malade atteint de confusion mentale primitive. Mais auparavant il convient d'exposer les différentes théories psychologiques qui ont été récemment données à son propos.

(1) Paulhan.

I

Je ne reparlerai pas ici des médecins français qui se sont occupés de la confusion mentale ; j'ai suffisamment reproduit leurs explications. Ils se sont très prudemment bornés presqu'exclusivement au côté clinique de la question, base sûre qu'il n'est permis de dépasser que bien peu ; et d'ailleurs de leur temps la psychologie, bien qu'elle ait donné lieu, même alors, à quelques travaux vraiment scientifiques (pour n'en citer qu'un, la préface de l'*Amulette de Pascal*, par exemple), n'avait pas encore franchi la période embryonnaire et métaphysique. Je sauterai tout de suite aux auteurs allemands les plus récents.

L'hypothèse de Meynert (1) est surtout physiologique et s'appuie sur ses théories particulières concernant la structure des centres nerveux. Je résume ce qu'il dit dans ses *Leçons cliniques*. Je rappelle tout d'abord que pour lui, l'écorce

(1) Je donne des détails un peu longs sur la théorie de Meynert, parce qu'elle est peu connue en France, malgré sa grande ingéniosité.

du cerveau est le siège des représentations ; les perceptions sensorielles se produisent par l'intermédiaire des centres sous-corticaux ; mais dans l'écorce les représentations n'ont jamais un caractère sensoriel. A l'état sain, l'écorce fonctionne par suite d'un certain degré d'hypérémie normale, mais cette hypérémie est partielle et ne se trouve qu'au niveau de certains centres ; dans ces centres seuls les images ont une intensité suffisante pour être conscientes. Dans les autres parties du cerveau, les images ont une intensité tellement faible qu'elles sont inconscientes. C'est ce que l'on peut exprimer avec Fechner en disant que les centres hypérémiés sont en état de veille tandis que le reste du cerveau est à l'état de sommeil (1). Le contenu de la *veille partielle* est donc l'ensemble des images associées fournies par les centres hypérémiés qui sont reliés par les faisceaux associatifs. Toutes les parties du cerveau ne peuvent être à la fois à l'état de veille, parce que les parties qui fonc-

(1) Taine avait employé cette jolie comparaison avec le feu d'artifice, qui est présente à la mémoire de tous, dans son livre *De l'intelligence*.

tionnent le plus activement se nourrissant davantage, empêchent le reste de l'écorce d'être assez nourri pour fonctionner avec la même intensité. La différence entre ces diverses parties tient donc à l'état *chimique* des cellules. Plus une association fonctionne, plus le sommeil partiel est étendu, mais quand le fonctionnement est modéré, il est accompagné sous le seuil de la conscience par des représentations accessoires qui ont encore l'intensité suffisante pour commander des mouvements. La perception du monde extérieur ne se fait que par suite de l'excitation des centres sous-corticaux, les images de l'écorce ou de la mémoire sont seulement des conséquences de cette excitation des centres sous-corticaux, mais elles n'entraînent avec elles aucune des couleurs sensorielles des impressions. Elles n'ont aucun contenu hallucinatoire, si effacé soit-il.

Le moi est la conscience des processus d'association, il ne contient que des rapports avec les perceptions, mais rien des perceptions elles-mêmes. Dans la confusion mentale, les associations corticales se font mal ; les perceptions existent, mais elles ne sont pas comprises à

cause du manque des associations. La conductibilité des faisceaux de l'association est très amoindrie, mais pas celle des faisceaux de projection. Pour Meynert, lorsque les perceptions manquent ou sont diminuées ce n'est pas de la confusion (*Verwirrtheit*) mais de la *Betäubung* (ce mot, difficile à traduire, me paraît pouvoir se rendre par : abasourdiment d'origine sensorielle). Ce qui fait que les associations fonctionnent mal dans l'écorce, c'est l'état de mauvaise nutrition de celle-ci. L'état de fatigue des cellules et des conducteurs de l'association fait qu'aucun point de l'écorce ne peut agir avec une intensité suffisante pour que ce point soit à l'état de veille ; toute l'écorce est à peu près dans le même état partout, état qui se rapproche du sommeil et toutes les images devenues faibles sont sur le même plan. L'association coordonnée qui constitue le moi conscient ne peut donc se produire, aussi les images secondaires qui sont inhibées dans l'état de veille partielle normale du cerveau peuvent-elles apparaître, amoindries comme les autres, mais avec une intensité suffisante pour que les mots tenus normalement à l'étroit dans leur cadre

logique reprennent un certain degré d'indépendance : d'où cette façon de parler du malade, par rimes, par assonances, par énumération de mots reliés par leur contenu (1). Ainsi donc le fond de la confusion est la perte de la coordination des images et de la formation du moi et cela est dû à l'état de dénutrition de l'écorce. Mais outre cette perte de la coordination il y a des phénomènes d'excitation, le malade a des hallucinations. Cette excitation qui produit l'hallucination ne peut être rapportée à l'écorce, à elle, qui à l'état normal ne peut pas faire la perception ; aussi ces excitations sont dues au fonctionnement exagéré des masses sous-corticales. Cette hallucination doit son caractère objectif à une conclusion fautive du malade, à une illusion qui tient à cet affaiblissement de l'écorce. Meynert exprime la production de cette illusion en disant : *der Kranke rede sich die Illusion ein ;* cette illusion est la source des différentes idées délirantes qui peuvent se produire. Cette illusion, cette auto-persuasion illimitée, très analogue à l'état

(1) Par exemple, si le malade dit le nom d'une couleur, il énumère à la suite toutes les autres.

d'hypnotisme, est avec la dissolution de l'ordre de l'association le grand caractère de la confusion. Mais comment se fait-il qu'avec l'affaiblissement de l'écorce il y ait une excitation sous-corticale ? Il y a, dit Meynert, une opposition proportionnelle entre le fonctionnement de l'écorce et le fonctionnement sous-cortical. Voici l'explication physiologique et anatomique qu'il en donne : La distribution des artères cérébrales fait que l'injection nutritive de l'écorce n'a pas directement lieu par la pression cardiaque, mais par l'attraction nutritive des éléments corticaux. Les artères basilaires donnent naissance à deux territoires artériels collatéraux : l'un tout près pour les centres sous-corticaux, l'autre plus éloigné pour l'écorce. Lorsque, par un affaiblissement fonctionnel de l'écorce, son attraction devient moindre et que l'hypérémie fonctionnelle de ses artères est diminuée, le sang envoyé par le cœur passe plus facilement dans les artères des centres sous-corticaux et y amène une hypérémie fonctionnelle plus grande. Cette hypérémie passive amène peu de fatigue, conditionne une excitabilité continue, quoique mal

réglée par le manque de l'attraction élémentaire, puisque cette hypérémie est passive. Il s'ensuit que le sommeil cortical est constamment troublé par des excitations sous-corticales. Ces centres sous-corticaux, parmi lesquels on peut ranger le cervelet, par leur fonctionnement anormal donnent naissance à toutes les sensations anormales : le vertige, l'angoisse et les préoccupations hypocondriaques que l'on peut constater chez les malades.

Aschaffenburg, (1) suivant les procédés que Kraepelin (2) avait employés, a cherché expérimentalement les signes psychologiques de l'épuisement physiologique et dans les psychoses telles que l'amentia et le délire de Collapsus. Il a trouvé une excitabilité motrice exagérée, avec suspension plus ou moins marquée de la réceptivité pour les excitations extérieures, une tendance aux rimes et aux assonances sans signification et à l'automatisme (*Eigenerregung*) (par exemple, des hallucinations du tact, d'après les expériences).

(1) Aschaffenburg, *Ueber die psychichen Erscheinungen der Eschöpfung*, Arch. f. Psychiatrie, 1893, t. XXV, H. 2, p. 594.

(2) Kraepelin, *Ueber die Beeinflussung einfacher psychischer Vorgänge durch einige Arzneimittel*. Iéna, 1892.

C'est à peu près tout ce que j'ai trouvé dans les auteurs sur la physiologie pathologique du cerveau. Mais ce n'est probablement pas le cerveau seul qui est atteint ; il y a d'autres manifestations qui semblent indiquer que tout le système nerveux est plus ou moins lésé, ainsi que d'autres appareils (digestif en particulier). Si on admet que l' « épuisement » porte seulement sur l'écorce, comment expliquer les symptômes proprement physiques ? et par exemple la fièvre ? Dans l'hypothèse de l'infection toujours agissante tout le temps de l'affection, on peut la rapporter aux toxines. Mais si on admet seulement la détérioration une fois acquise du cerveau, les vues de Bouchard (1) pourraient peut-être trouver aussi ici une application.

Dans la dernière édition de sa *Psychiatrie*, à la symptomatologie générale, Kraepelin parle rapidement de la confusion mentale, et dans la description de l'affection elle-même il se borne à une description clinique sans entrer dans les considérations psychologiques. Il se contente

(1) Bouchard, *Du rôle de la débilité nerveuse dans la production de la fièvre*, Semaine méd., 1894, nº 20.

de dire que le résultat général de tous les troubles qui diminuent ou abolissent l'action constante de la *personnalité psychique* sur le cours des représentations, est le développement d'un symptôme très important et fréquent, à savoir la confusion. Cette confusion est la conséquence de la perte de la relation intime entre les représentations et l'incapacité consécutive de les coordonner et de les embrasser. Cette définition se relie aux théories psychologiques de Wundt; il ajoute, et je parlerai de cela plus loin, que l'état de confusion peut prendre naissance de manières différentes qui souvent se combinent entre elles, mais qu'il est possible dans bien des cas de distinguer.

Tandis que les deux auteurs précédents se rattachent à l'école allemande de psychologie, Ziehen se rattache plutôt à ce que l'on appelle l'école anglaise, et il rejette avec dédain la théorie de l'aperception de Wundt. Il me paraît utile de dire en quelques mots en quoi consiste la façon de concevoir le fonctionnement de l'esprit d'après Ziehen (1). Tandis que pour Wundt

(1) Ziehen, *Leitfaden der physiologischen Psychologie*, Iéna, 1891.

et son école une grande quantité de relations entre les représentations ne peut être expliquée par la loi des associations par ressemblance et par contiguïté, et tandis qu'il est nécessaire de faire intervenir un autre facteur qui crée les « liaisons aperceptives », Ziehen fait reposer sur les propriétés seules des images la loi de leurs relations. Il fait intervenir quatre facteurs : l'association par ressemblance et par contiguïté, l'intensité, le ton émotionnel et enfin ce qu'il appelle la constellation. Ce sont eux qui permettent à une représentation d'apparaître dans le champ de la conscience. Les trois premiers facteurs s'expliquent d'eux-mêmes ; quant au quatrième, la constellation, il faut entendre par là un groupe d'images inconscientes qui se commandent les unes les autres physiologiquement, exerçant les unes sur les autres des actions excitatrices ou inhibitrices. Pour mieux faire comprendre d'après l'auteur (page 119) ce que c'est que la constellation, soit B, C, D, E, F, cinq images latentes qui pourraient apparaître à la suite d'une image A. Ces images B, C, D, E, F sont reliées entre elles par des associations directes ou indirectes. Ces images

siègent en certains points de l'écorce, reliés par des faisceaux d'association ; ces éléments de l'écorce qui par leur fonctionnement tendent à faire apparaître à la conscience les images qu'elles supportent, ont une action réciproque ou d'excitation ou d'arrêt. La résultante de ces actions est une force, qui suivant sa direction et son intensité positive ou négative, fait apparaître à la conscience telle ou telle des images B, C, D, E, F. C'est à ce groupe d'images qui luttent entre elles pour la vie consciente que Ziehen a donné le nom de *constellation*. Dans sa *Psychiatrie*, cet auteur réduit à trois les facteurs de l'association des idées en supprimant celui de l'intensité, et il appelle simplement association des idées la façon dont celles-ci s'évoquent les unes les autres. Cette association a sa plus haute expression dans les jugements et les raisonnements ; à l'état normal, pour lui, l'association dite par ressemblance ne jouerait presque aucun rôle, sauf dans l'acte de la reconnaissance (1).

(1) Je rappelle que, au contraire, M. Binet a bien montré que dans le raisonnement l'association par ressemblance joue un rôle important, puisqu'il définit le raisonnement :

Parmi les troubles pathologiques de cette association se trouve la perte de la coordination normale des idées ; c'est ce qu'il exprime par le mot d'incohérence. Les deux autres troubles élémentaires sont l'accélération du cours des représentations et le ralentissement. L'incohérence ou dissociation qu'il se défend de nommer trouble de la conscience, comme certains aliénistes le font à tort pour lui, apparaît primitivement dans ce que Ziehen appelle la forme incohérente de la paranoïa, car il sépare cette forme, répondant à la confusion mentale primitive, de la démence aiguë qu'il appelle stupidité.

Notre auteur ne fait pas de physiologie pathologique, mais il rapporte tout à la dissociation comme Meynert, et, pour le dire en passant, il n'insiste pas suffisamment sur l'état somatique auquel il faut rapporter cet état de dissociation primitive qui est le symptôme capital.

« l'établissement d'une association entre deux états de conscience, au moyen d'un état de conscience intermédiaire qui *ressemble* au premier état, qui est associé au second, et qui, en se fusionnant avec le premier, l'associe au second. » (*Psych. du raisonnement*, 1886, p. 141.)

II

Pour édifier une psychologie pathologique vraiment positive de la confusion mentale, il faudrait une série d'observations minutieuses que je n'ai pas faites, avec l'aide des méthodes de recherches que l'on emploie actuellement dans les laboratoires de psychologie expérimentale. Il est vrai que ces méthodes, déjà difficiles à appliquer chez les individus sains, le sont encore plus avec des individus aussi peu *attentifs* que les confus. Aussi ce que l'on peut dire, ou plutôt ce que je pourrai dire, est bien peu de chose, car cela se borne à constater, ce qui est facile, que les associations ou les synthèses qui constituent les différentes opérations de l'esprit ne s'effectuent qu'incomplètement ou même sont absentes. On peut admettre ce point de fait de la perte de la synthèse, et par suite l'existence de la synthèse à l'état normal, en dehors de toute hypothèse sur la façon dont elle s'opère. Je me garderai bien d'entrer dans les discussions sur les théories psychologiques de l'association ou de

la synthèse et de l'aperception ; cela n'est pas de ma compétence (1).

L'examen clinique du malade révèle immédiatement l'état fondamental de confusion, qui est la base du trouble mental. Cet état de confusion, qui est un symptôme indépendant de tout trouble hallucinatoire ou délirant, est constitué par la difficulté que l'association des idées éprouve à se faire, et par sa perversion. Ziehen ne veut entendre par confusion que la perversion ou l'incohérence seule, de telle sorte qu'à son apogée la confusion se manifeste par la perte plus ou moins complète de l'orientation dans le monde extérieur, l'incohérence dans l'association des idées, et l'incohérence dans les actes. Mais je crois, d'après les symptômes, qu'il est impossible d'en séparer l'affaiblissement de la synthèse, rendu évident

(1) Voir, entre autres, pour les diverses théories de l'aperception et de la synthèse psychique les travaux récents de :

Wundt, *Éléments de psychologie physiologique*, trad. franc., t. II, 1886, p. 329.

Wundt, *Logik*, t. I, p. 10.

P. Janet, *L'automatisme psychologique*, 1889; *L'état mental des hystériques* (deux vol. de la bibl. Charcot-Debove).

Paulhan, *L'activité mentale*, 1889.

Binet, *Les altérations de la personnalité*, 1892.

T. Ziehen, *Leitfaden der physiologischen Psychologie*. Iéna, 1891.

par les efforts que fait le malade pour réunir ses idées (Delasiauve) l'automatisme des images venant ajouter à la difficulté de la synthétisation correcte. Ce trouble atteint en réalité tous les degrés successifs de l'association, depuis la synthèse qui forme la perception (1) jusqu'aux synthèses plus vastes de l'espace, du temps et de la personnalité ou de l'aperception, comme on dit ; l'aspect clinique s'explique parfaitement au moyen de cette interprétation. Le malade reconnaît mal les objets extérieurs : c'est-à-dire que la sensation n'éveille plus les images qu'elle devrait éveiller, afin de donner la notion exacte de l'objet; pour la même raison, ces objets peuvent paraître déformés, ou enfin ils peuvent être complètement méconnus. Dans un certain nombre de cas, cependant, la perception est correcte, mais le raisonnement supérieur que l'esprit du malade doit accomplir pour utiliser cette perception ne se fait pas, ou est incomplet : c'est ainsi qu'un jeune homme, cité par Orchansky (2),

(1) Voyez sur la perception : Souriau, *Les sensations et les perceptions*, Rev. philosophique, 2e sem. 1883, p. 58, 135.

(2) Orchansky, *Ueber Bewustseinstörungen*, etc., Arch. für Psychiatrie, t. XX, 1889, p. 309.

voyant poser, par un domestique, des assiettes sur une table, reconnaissait bien le domestique comme tel, mais ne pouvait s'expliquer pourquoi il apportait ces ustensiles. C'est ainsi que les malades, tout en reconnaissant certains objets, n'arrivent pas à s'orienter, ne savent pas où ils sont ou se croient là où ils ne sont pas. Enfin, il peut se faire que la perception et même l'ensemble des images qui s'y rapportent, soient assez complets, mais cela pour ainsi dire à l'insu du malade ; il s'agirait là d'un phénomène se rapprochant, jusqu'à un certain point, de la dissociation hystérique : ainsi, tel malade ne reconnaissait pas ses parents qu'il prétendait être des étrangers, et pourtant c'étaient les seules personnes qu'il tutoyât, preuve que le malade les reconnaissait vraiment, mais sans que sa « conscience personnelle » en fût avertie. En d'autres termes, la synthèse était en partie complète, puisque des associations assez étendues se faisaient encore, le tutoiement étant réveillé par l'image visuelle, mais le reste de la synthèse ne pouvait se faire, la « reconnaissance » des parents, c'est-à-dire toute l'escorte des autres images n'apparaissait pas.

Les troubles du langage de réception peuvent être mis sur le même plan que ceux de la perception extérieure. L'association du mot aux images qu'il devrait éveiller se fait mal, de telle sorte que le mot peut ne pas être compris. Les relations existant entre les différents mots d'une phrase peuvent manquer, ce qui empêche la compréhension de cette phrase.

Enfin les perceptions corporelles subissent la même perturbation.

Le fonctionnement de l'intelligence envisagé d'une façon générale, indépendamment de la perception extérieure, est troublé de la même façon; l'association des idées, des images formant la parole intérieure est difficile; l'imagination est affaiblie ; la formation des raisonnements incomplète ou impossible, l'idée même de la personnalité du malade est incomplète; il ne sait plus parfois son âge, ce qu'il est, ce qu'il faisait et même, ce qui est un passage aux idées délirantes, il arrive à ne plus se reconnaître lui-même et à se croire changé.

La mémoire, d'une façon générale, est atteinte; la reproduction volontaire des images est singulièrement troublée et leur conservation, le

pouvoir de faire les acquisitions nouvelles ne l'est pas moins. Il s'agit là encore de l'affaiblissement de la synthèse des éléments ; mais la reproduction peut se faire parfois automatiquement, même pour des faits survenus depuis la maladie, ce qui prouve bien que parfois l'acquisition en avait été faite, mais à l'insu de la « personnalité » du malade.

Tous ces troubles qui reposent sur le défaut d'unification des images à tous les degrés portent de même sur les images motrices. La volonté éprouve le même trouble que l'intelligence (1) ; les actes sont pénibles, incomplets, maladroits. La perte de l'association des images sensorielles est accompagnée de celle des images motrices ; la synthèse nécessaire à un acte volontaire est incomplète, difficile ou même impossible ; l'attention qui est un des côtés de cette synthèse est lésée ; la parole (pseudo-paraphasie de Meynert) et l'écriture sont mal adaptées ; les phrases non terminées, les mots eux-mêmes tronqués.

(1) Ce n'est d'ailleurs qu'artificiellement que cette distinction est faite ; le côté moteur de l'esprit étant indispensable au fonctionnement de l'intelligence proprement dite.

Cette dissociation et cette aboulie qui reposent sur l'épuisement empêchent l'émotion déprimante de se faire sentir avec force, car l'émotion n'est pas autre chose que la synthèse des mille sensations obscures que chaque point de notre corps suscite dans l'esprit. D'où aussi cette conséquence que le malade n'a pas, ou n'a que d'une façon vague, conscience de son état maladif; la physionomie sans expression, hébétée, égarée, reflète bien l'incertitude, la difficulté de tous les phénomènes psychiques. Cet affaiblissement de la synthèse psychique est très inégalement réparti, pour ainsi dire, suivant telle ou telle fonction de l'esprit et suivant le moment de la maladie. Rien n'est plus variable et il peut même se faire qu'il y ait des moments lucides ou à peu près, ou des moments dans lesquels le patient sent qu'il n'est pas dans son état normal.

Cet état fondamental de désagrégation a pour conséquence l'automatisme psychologique (1). Le malade sans initiative, sans volonté, soumis au « jeu machinal de ses propres molécules », est « un témoin passif des scènes qui s'accom-

(1) Voyez P. Janet, *loc. cit.*

plissent en lui » (Delasiauve). Dans les moments où le trouble est peu intense il perçoit passivement, comme le maniaque, les objets extérieurs qui viennent faire prendre à ses idées un cours particulier qu'il subit. Il y a là une sorte de suggestion, comme chez l'hystérique ou l'alcoolique, chez qui on peut provoquer une hallucination. Il serait intéressant de poursuivre cette étude chez le confus. Mais cet automatisme est lui-même sans cesse entravé par la dissociation. Les associations dites automatiques sont elles-mêmes atteintes; c'est pour cela que j'ai employé le terme général de dissociation pour caractériser le trouble mental. Car l'automatisme, comme le dit M. Janet, chez les hystériques, admet encore un certain ordre dans le désordre; ici au contraire tout est désordre (1).

Les synthèses normales, ne se faisant plus, font place à des synthèses anormales, doublement anormales, pourrait-on dire, par leurs relations extérieures avec d'autres et dans leur propre inté-

(1) M. Pierre Janet remarque que dans des cas de confusion qu'il a observés, le trouble mental paraît s'écarter de celui qu'il décrit comme ordinaire dans l'hystérie (*État mental des hystériques, les accidents mentaux*, p. 257).

rieur. Je m'explique : chez le malade qui ne reconnaissait pas ses propres parents et qui pourtant les tutoyait, le groupe d'images était encore relié automatiquement au centre des mots et le tout formait encore une synthèse relativement normale quoique incomplète, mais chez celui à qui on présente son assiette, qui commence par mâcher et porte ensuite sa cuiller à la bouche, la relation des deux mouvements est intervertie. A un degré de plus l'incohérence est telle que deux images successives ne paraissent plus avoir de relations entre elles. La suite est facile à prévoir, c'est l'état de rêve à tous ses degrés.

Si on veut décomposer aussi cet état en ses éléments constitutifs, il suffit d'énumérer ceux-ci : les troubles sensoriels mènent à l'illusion et à l'hallucination; les troubles de la sensibilité corporelle mènent aux idées délirantes de transformation corporelle; enfin les idées délirantes d'une nature plus abstraite apparaissent en conséquence du trouble apporté au fonctionnement plus élevé de l'intelligence. L'émotion, ordinairement vague, varie elle aussi automatiquement et d'une façon incohérente, de telle sorte qu'elle

n'est plus reliée normalement aux représentations. Cette dissociation et cette association chaotique des images se manifeste à l'extérieur par l'incohérence de l'expression et des réactions du malade (paraphasie, paramimique). Le langage devient incohérent, souvent incompréhensible. Un caractère de cet état de rêve est sa grande variabilité en intensité, en étendue et en contenu. La perte de l'association et sa perversion se combinent dans des proportions très variables, ou, comme le dit Kraepelin, la paralysie et l'excitation, de telle sorte que certaines associations même élevées se font encore par moment, tandis que les autres disparaissent ou reparaissent sans le moindre ordre.

Parallèlement à l'état de dissociation se trouve un état de ralentissement dans le fonctionnement intellectuel ; les opérations s'accomplissent avec une peine extrême et le malade est obligé de faire de longs efforts avant d'arriver à exécuter un acte volontaire ou à retenir une image dans le champ de sa conscience. Ce ralentissement peut arriver à un tel degré que le fonctionnement intellectuel

est presque complètement suspendu ; c'est l'état de stupeur intense. Mais il peut se faire aussi que la relation automatique anormale des images paraisse s'exécuter avec un certain degré de rapidité. Cette succession rapide est traduite généralement à l'extérieur, soit par les paroles, soit par les actes du malade. Comme Kraepelin et Aschaffenburg l'ont bien montré (1) pour la manie, ce n'est qu'une apparence : c'est le passage de l'idée à l'acte qui est seul accéléré ; les idées se succèdent sans être fixées par l'attention ; l'apparence est alors celle de l'excitation maniaque.

Les images se succédant généralement d'une façon incohérente, le rêve prend la forme kaléidoscopique ; c'est alors qu'il se traduit plus ou moins exactement au dehors par le bavardage incohérent et les actes incohérents. Tout étant dissocié, ces actes et ces paroles peuvent, comme nous l'avons vu, n'être pas en rapport avec les idées et le ton émotionnel. Mais, comme

(1) Kraepelin, *Ueber die Besinflussung einfacher psychischer Vorgänge durch einige Arzneimittel*. Iéna, 1892.

Aschaffenburg, *Sur l'idéorrhée*, Congrès des al. et neur. allemands du S.-O., 2 juin 1894, analysé par Aschaffenburg, Rev. neurologique, n° 12, p. 366.

le disait Cotard, sur l'aboulie germe l'idée fixe. Il arrive que les synthèses anormales produisant soit l'illusion, soit l'hallucination, soit l'idée délirante, soit enfin l'acte anormal, deviennent pour plus ou moins de temps fixées (l'automatisme se fixe momentanément), et alors cette synthèse se reproduit toujours la même, soit par intervalles, soit d'une façon plus ou moins continue, pouvant amener une certaine systématisation ou une certaine constance; pour ce qui regarde les actes, on peut constater des impulsions ou des actes stéréotypés à aspect raisonnable, professionnel par exemple, ou des sortes de tics. C'est ainsi que le malade récite des séries de chiffres, des listes géographiques ou généalogiques, des amas de participes, qu'il rythme son langage ou qu'il répète indéfiniment des mots stéréotypés comme j'en ai cité un exemple ou comme le patient de Ziehen qui rabâchait les mots sans signification de ronxti, klanxti, gleixsti.

Si l'on veut se représenter d'une *façon schématique* le trouble intellectuel, dans les cas peu intenses ou au début ce sont les associations les plus élevées, les raisonnements

abstraits, qui s'exécutent mal, mais les perceptions, les phrases, les actes ordinaires sont encore conservés. Puis peu à peu le trouble qui porte sur les relations des différents centres entre eux, atteint aussi ces centres qui s'émancipent *pour ainsi dire* et en même temps voient leur propre fonctionnement troublé. Par exemple, le centre du langage soumis d'abord aux autres permet des phrases correctes, les mots étant reliés logiquement entre eux, puis la phrase ne peut plus être construite jusqu'au bout, elle devient incohérente, les mots seuls subsistent, attirés l'un après l'autre par l'assonance seule, puis l'ordre des syllabes est atteint (Ziehen), enfin ils finissent par être remplacés dans le cas d'excitation très intense par des interjections sans aucune signification. Il semble donc que finalement tous les degrés de l'association soient atteints, même les plus élémentaires.

A propos des hallucinations que l'on peut constater, une question se pose. Il semble que leur vivacité ne soit pas très grande dans un certain nombre de cas. Mais comment doit-on expliquer leur genèse : est-ce l'*intensité* des

images qui produit cette hallucination, comme l'explique M. Binet (1), ou le groupement des différentes images sous l'influence de l'automatisme, comme l'admet M. Janet pour les hallucinations des somnambules (2)? Je me contente de donner ces deux explications sans choisir entre elles.

Jusqu'à présent j'ai indiqué l'état du fonctionnement intellectuel, mais je ne me suis pas appesanti sur la couleur des hallucinations, du délire et sur la qualité du trouble émotionnel. Chez le stupide tout est marqué au coin de l'incohérence et de l'incertitude ; et il me paraît difficile d'assigner une origine précise à la forme du délire. Le plus souvent celui-ci est indifférent, les occupations du malade, les différents événements de sa vie en font les frais, et comme la perception des émotions est affaiblie par suite de la dissociation, la dépression, l'aboulie, l'émotion triste ne sont que vaguement senties. Cependant, comme le disait

(1) Binet, *L'intensité des images mentales*, Revue philosophique, 1887, 1er semestre, p. 473.

(2) Pierre Janet, *L'automatisme psychologique*, 1889, p. 180 et suiv.

Comparez Souriau, *loc. cit.*

Delasiauve, sous l'oppression cérébrale les rêves ne doivent pas être couleur de rose ; aussi cette indifférence du malade qui le rend docile et facile à conduire, contrairement au mélancolique, peut-elle faire place à un état plus accentué, soit de tristesse, soit de chagrin, d'anxiété ou d'irritabilité, ce qui cadre bien avec l'état d'aboulie ; ou au contraire, quoiqu'il semble plus passagèrement et surtout à l'occasion de périodes d'excitation, à un état de contentement ou d'orgueil (1). Ces différentes émotions sont plus ou moins en rapport avec la couleur des délires et des hallucinations qui peuvent être indifférents (professionnels, religieux, etc.), tristes, déprimants, effrayants (persécution, auto-accusation, humilité, négation, etc.), ou au contraire de nature moins sombre (2). Il est bien probable que là encore le rapport entre ces différents phénomènes est moins étroit que dans les autres maladies mentales où l'on peut, jusqu'à un certain point et dans certains cas,

(1) Comp. Cotard, *De l'origine psycho-motrice du délire*, Études sur les maladies cérébrales et mentales, 1891, p. 416.

(2) Comparez Hanot, *Remarques sur trois cas de délire par inanition*, Progrès médical, 3 janvier 1874, p. 6.

suivre la genèse de tel ou tel phénomène (1). Pourtant on peut peut-être donner pour les idées de persécution (2) une interprétation plus ou moins analogue à celle que l'on donne pour les idées de persécution de la démence sénile; les idées d'auto-accusation prendraient leur source dans l'émotion triste, l'aboulie ou dans des impulsions naissantes, comme on l'a avancé pour la mélancolie. Les idées de négation, si fréquentes, hypocondriaques, de transformation corporelle s'expliqueraient aussi par les troubles de la perception et de la perception corporelle. Il en est de même pour les changements de personnalité, certains malades parlant d'eux passagèrement à la troisième personne ou se croyant morts, etc. (3).

Voilà l'esquisse assurément grossière de l'état psychologique d'un malade atteint de confusion mentale primitive dans sa forme moyenne et complète. Ce qui en fait le fond est

(1) Voyez G. Dumas, *Les états intellectuels dans la mélancolie*, 1895.

(2) Ziehen veut voir dans la présence d'idées de persécution une raison de ranger la confusion dans la paranoïa. Pourtant il y a probablement des différences dans les diverses idées de persécution.

(3) Séglas, *Le délire des négations*, déjà cité.

l'état de confusion, de chaos, mais qui se manifeste sous des formes très variables, comme je l'ai déjà répété à maintes reprises. Si cet état dans tout le cours de la psychose est très peu marqué, il donne lieu aux confusions légères de Delasiauve, qui alors peuvent s'accompagner de conscience de la maladie, se rapprochant de la neurasthénie, ou bien la confusion mentale est constamment extrême et va jusqu'à l'arrêt presque complet du cours des images, c'est la démence aiguë avec ses différentes variétés ; on pourrait admettre aussi une forme atténuée de démence aiguë lorsque la dissociation étant peu considérable, le ralentissement du cours des images l'emporte sur la dissociation proprement dite. Enfin, si l'on suppose que les autres symptômes, excitation intellectuelle, hallucinatoire, à apparence maniaque, etc., prennent un développement marqué, on peut avoir des formes qui peuvent être désignées sous le nom de délire de collapsus (ou même peut-être de délire aigu) et de confusion délirante ou hallucinatoire. Je ne parle pas ici des formes où les troubles psychiques étant relativement peu considérables, l'état somatique

de dénutrition l'emporte; ce sont alors les formes qui ressemblent le plus aux maladies infectieuses ou à la méningite.

III

Après cet exposé qui a trait particulièrement à une affection où le symptôme confusion apparaît primitivement par suite du trouble organique cérébral (Delasiauve) et joue le premier rôle dans le trouble mental, il me paraît nécessaire de rappeler que ce même symptôme extérieur de confusion peut apparaître dans des circonstances différentes (je ne m'occupe pas de la psychologie des confusions primitives symptomatiques, qui paraissent avoir une grande analogie avec celle de l'idiopathique). La connaissance de ces origines différentes d'un même symptôme *clinique* qui repose vraisemblablement sur des troubles différents organiques et psychologiques est indispensable au diagnostic et en tout cas est utile au point de vue théorique. Cette distinction se trouve pour la première fois nettement exprimée dans l'excellent travail de Th. Ziehen

(*Ueber Störungen des Vorstellungsablaufes bei Paranoia*); elle est d'ailleurs reproduite, rapidement il est vrai, dans la dernière édition de la *Psychiatrie* de Kraepelin, et je l'ai utilisée dans un petit article publié dans le *Journal des connaissances médicales*.

Mais Ziehen pense que dans la confusion affection on n'a jamais indiqué nettement l'origine primitive du symptôme confusion. Quoique Delasiauve ait compris dans ses espèces stupides des formes mentales où la confusion peut souvent être d'origine secondaire, il a très formellement dit que le fond de la stupidité, même hallucinatoire, était ce symptôme préexistant à toute hallucination. J'avais moi-même indiqué que certaines formes où apparaît le symptôme confusion étaient plutôt des délires hallucinatoires où l'hallucination jouait un rôle prédominant dans la confusion, mais j'avais écarté de mon sujet ces confusions *secondaires*.

Lorsque dans la manie ou les états d'excitation, l'accélération du cours des images atteint un haut degré, ou plutôt lorsque dans ces états là transformation, comme l'admet Kraepelin, des

images en paroles et en actes est tellement facilitée que la parole se fait jour immédiatement sans obstacle possible, ce sont les images motrices et les mots qui prennent une existence indépendante, qui dirigent les associations ; et alors il se produit secondairement une confusion (*incohérence* de Delasiauve) due à l'impossibilité où le malade se trouve de s'arrêter, de coordonner les images que les sensations éveillent avec les autres, surtout motrices. L'automatisme des centres moteurs, lorsqu'il acquiert une certaine intensité, finit par troubler le reste des images.

La production très rapide d'une foule d'idées délirantes plus ou moins disparates amène également cet état de confusion dont on peut se rendre compte jusqu'à un certain point à l'état normal, lorsque sous l'influence de notre imagination apparaissent à notre esprit une série d'idées avec leurs conséquences au milieu desquelles nous sentons nous orienter avec difficulté. Ces idées qui nous apparaissent comme dépourvues de liens avec les autres viennent jeter un trouble dans la série régulière des associations, et il faut un certain temps pour que

l'équilibre se rétablisse. Il en est de même chez certains aliénés qui sont surpris par la masse de ces nouvelles idées délirantes, formant une sorte de tourbillon intellectuel qu'un malade de Kraepelin représentait comme étant une véritable bataille de Huns dans son esprit.

La production de nombreuses hallucinations, principalement visuelles, a encore la même conséquence. Ces hallucinations, dans un certain nombre de cas, sont en tel nombre et apparaissent avec une telle vivacité, qu'elles gênent les opérations normales qu'elles masquent et auxquelles elles se substituent. Ainsi dans le délire alcoolique et le délire fébrile hallucinatoire, le malade se trouve transporté dans un monde imaginaire; mais dans ces cas, tout au moins, quand leur intensité n'est pas extrême, il suffit de secouer et d'interpeller le patient avec autorité pour obtenir une réponse correcte (Lasègue), qui ne révèle pas l'état de confusion profonde du confus proprement dit. Il en est de même dans certaines formes de délire hallucinatoire dont j'ai observé dernièrement un cas très intéressant, où le patient racontait tout comme un alcoolique des tableaux un peu

plus systématisés qui s'étaient présentés devant ses yeux.

Il racontait les scènes auxquelles il avait assisté en y mêlant les faits réels du début de son affection mentale et il s'efforçait de les coordonner. Il avait certainement perdu à un moment donné la conception exacte du monde extérieur, mais au moment où je l'ai vu, l'orientation était en train de lui revenir; il n'avait pas l'aspect extérieur d'un confus, il avait plutôt celui d'un mélancolique et il avait évidemment peine à coordonner ses idées délirantes entre elles; mais c'étaient bien ces idées délirantes qui par leur présence amenaient la désorientation au milieu de laquelle il se trouvait, contrairement à ce qui se passe chez le confus; il avait du mal à décrire les scènes imaginaires qu'il avait vues : c'est parce qu'il avait besoin de la réflexion pour rassembler les éléments de celles-ci, et il ne demandait pas mieux que d'écrire une narration de son trouble mental. Il arriva d'ailleurs rapidement à comprendre qu'il avait été malade ; et il conserva le souvenir des scènes imaginaires auxquelles il avait été mêlé.

Une transformation subite de l'état émotionnel

aboutit encore au même résultat, particulièrement l'angoisse et la colère. Tout le monde a éprouvé plus ou moins les degrés inférieurs de ce trouble amené par ces émotions qui bouleversent, comme on dit, tout l'équilibre intellectuel.

Enfin les différents états de faiblesse intellectuelle, soit congénitale, soit acquise, conduisent souvent à un certain degré de confusion. Les dissociations intellectuelles qui forment le fond de ces états peuvent altérer d'une façon très variable le fonctionnement de l'intelligence, et il est très difficile de délimiter exactement les points particuliers sur lesquels porte cette dissociation. Certains déments s'orientent encore suffisamment dans le monde extérieur, ont des perceptions suffisamment correctes pour que l'état de confusion ne se produise pas ; chez d'autres au contraire il y a une véritable perte de l'orientation, une incohérence des représentations et du langage dont il est assez difficile de préciser le mécanisme ; cela arrive par exemple fréquemment chez les paralytiques généraux qui se perdent dans les rues ou ne se reconnaissent même pas dans leur propre do-

micile. Ces états particuliers méritent encore d'être étudiés avec soin, car nous devons avouer que nos connaissances sur la psychologie de la démence sont peu avancées. J'ai d'ailleurs rangé ces cas dans les confusions primitives symptomatiques, bien que quelques-uns d'entre eux puissent mériter la qualification de primitive épisodique (par complication) et quelques autres de confusion secondaire.

Cette division très schématique que j'ai été forcé d'employer pour expliquer le mécanisme possible des confusions dites secondaires, est un peu artificielle, car il arrive souvent que plusieurs de ces causes de la confusion sont réunies dans un même état pathologique. Ainsi, pour ne prendre qu'un exemple : dans le délire de collapsus, l'état organique d'affaiblissement cérébral, l'excitation intellectuelle avec ses conséquences, idéeorrhée apparente et production d'hallucinations et d'idées délirantes multiples, concourent toutes ensemble à la production de la confusion à laquelle le malade est en proie, et de plus nous ne savons pas si réellement les deux sortes de confusion ne viennent pas parfois se réunir en une seule. Pourtant

ces considérations théoriques serviront évidemment, comme je l'ai déjà dit plus haut, lorsqu'il s'agira de faire le diagnostic entre la confusion mentale primitive idiopathique et les autres troubles mentaux que l'on peut confondre avec elle.

Après ces considérations il resterait à chercher à différencier psychologiquement la confusion primitive des autres formes de dissociation ou de désagrégation que présentent les autres affections mentales. Je me borne à signaler ce desideratum, sans vouloir tenter de le satisfaire, car il dépasse et les limites de ce travail et mes propres forces. Je rappelle aussi seulement qu'il y a de fausses confusions symptômes (1), comme il y a le symptôme stupeur et la pseudo-stupeur (2).

(1) Comme chez les aliénés chroniques qui font usage d'un vocabulaire spécial, fabriqué par eux, et dans d'autres circonstances.

(2) Celle-ci a été signalée par les auteurs français du commencement du siècle, comme on peut le voir à l'Historique (p. 12, 13).

CHAPITRE IV

Diagnostic.

Nous venons de voir que le symptôme confusion peut se présenter dans une série de troubles mentaux les plus divers. Il peut se présenter primitivement, c'est-à-dire indépendamment de tout phénomène psychologique antérieur, ou secondairement, en conséquence d'autres symptômes psychologiques. Dans le premier cas il fait partie intégrante fondamentale d'une affection qui *semble* évoluer *per se ;* ou bien il constitue une partie d'un trouble particulier, lié à une autre affection, prenant alors le rang de confusion symptomatique, évoluant avec cette autre affection sous sa dépendance immédiate. Dans le second cas, il n'a qu'une importance accessoire, l'essentiel étant l'affection primitive, dont il dépend par l'intermédiaire des symptômes psychologiques de

celle-ci. Le diagnostic du symptôme confusion relève de la séméiologie générale, et ici je n'ai pas à m'en occuper, après l'avoir cependant signalé ; le diagnostic de l'affection primitive, indépendante jusqu'à plus ample informé, m'occupera seule. Dans ce qui va suivre, je suppose que l'on a déjà reconnu que l'on n'avait pas affaire à une confusion symptomatique, dont on a soigneusement recherché la cause, c'est-à-dire la maladie productrice.

Les règles du diagnostic sont impossibles à établir d'une façon générale, car la confusion mentale est plus que toute autre affection susceptible de revêtir une apparence extrêmement variée. Suivant la prédominance de tel ou tel symptôme, on peut séparer quelques types qui par suite se rapprochent de telle ou telle autre affection ; par exemple, dans les cas très intenses qualifiés de délire de collapsus, on devra surtout écarter le diagnostic de manie suraiguë et de délire aigu. Dans ceux où la stupeur prédomine, et la démence aiguë, c'est surtout avec la mélancolie avec stupeur ou bien encore avec la paralysie générale et les démences surtout organiques que l'on devra s'ef-

forcer de faire la distinction. Les formes légères ressemblent fort à la mélancolie avec conscience ou à la neurasthénie ; enfin si la forme complète et moyenne peut rappeler successivement ou simultanément à peu près toutes les autres affections mentales, les formes à apparence typhoïde ou méningitique doivent faire songer au délire fébrile, aux maladies infectieuses, à certaines méningites, etc.

Je suis donc obligé de rappeler rapidement les caractères essentiels que présentent les affections mentales, que l'on peut prendre pour de la confusion. La difficulté du diagnostic sera encore augmentée si l'on se rappelle que, dans un certain nombre d'entre elles, on peut constater l'existence de la confusion d'origine secondaire sur laquelle j'ai insisté dans le chapitre de psychologie pathologique. A ce propos je ferai remarquer une fois de plus, avec Delasiauve, que ce n'est jamais que par la considération de l'ensemble des symptômes que le diagnostic clinique doit être établi.

Dans notre pays la confusion s'étant séparée d'abord de la démence et de l'idiotie, il paraît naturel de commencer l'exposé du diagnostic

par celui des formes d'affaiblissement permanent de l'esprit.

Les affaiblissements congénitaux seront facilement écartés surtout l'*idiotie*, et pour l'*imbécillité* ou la *débilité mentale*, non seulement par l'aspect du malade, mais aussi par les caractères mêmes que présente le défaut congénital d'association portant surtout sur les idées abstraites ou élevées et permettant, sauf pour les degrés les plus inférieurs, une conduite suffisamment régulière dans les petites occupations journalières de la vie. Ce n'est guère que dans les moments d'agitation ou de délire surajouté qu'il sera parfois fort difficile de savoir à quoi l'on a affaire.

Avec les *démences* acquises il y aura souvent de grandes difficultés, et si on voulait s'aider, comme le fait Ziehen, d'une psychologie trop schématique, on serait presque dans l'impossibilité d'indiquer la marche à suivre pour arriver à élucider le cas qu'on a sous les yeux. M. Hannion se livre sur ce point à des considérations cliniques qui ne paraissent pas non plus suffisantes : « Dans la démence les idées se succèdent sans ordre ; dans la confusion men-

tale elles naissent sans cause. Dans la démence, leur apparition est déterminée par la volonté du malade ou par celle de l'observateur ; dans la confusion mentale, elles n'obéissent à aucune consigne. Dans la première, tout en ignorant les liens qui les unissent, elles gravitent autour d'un centre ; dans la seconde, chacune émerge au hasard pour son propre compte et n'est que le fruit de l'automatisme cérébral pur.

« En interrogeant le dément, vous provoquez une réponse et en même temps l'incohérence ; dans le cas de confusion mentale vous n'obtenez souvent rien, ou seulement une réponse à côté qui, en réalité, n'en est pas une, rarement une réponse juste.

« Chaque question posée au dément est un prétexte à ses divagations ; les questions adressées au malade atteint de confusion mentale demeurent sans effet ou bien au contraire le ramènent un instant au bon sens en l'arrachant pour ainsi dire à son état de rêve pour fixer son esprit sur un objet précis. Le dément écoute et répond parce qu'il vit, avec ses faibles moyens, dans le monde extérieur ; s'il s'agit

de confusion mentale, le malade ne nous accorde qu'une attention nulle ou faible et souvent distraite, parce qu'il demeure confiné en lui-même, que le monde réel lui est fermé ou qu'il ne l'aperçoit qu'à travers le voile épais de ses sens émoussés ou avec la courte vue d'une intelligence absorbée dans la contemplation de ses propres désordres. »

Mais la continuation du parallèle me paraît erroné, parce que surtout M. Hannion n'a eu en vue dans son diagnostic qu'une forme de la confusion.

Il est donc bien difficile d'indiquer les différences entre les deux états ; elles se sentent et ne s'expriment pas, ce qui est assurément fort insuffisant.

On peut dire pourtant que l'aspect du dément et du confus est tout à fait différent, ainsi que l'expression de la physionomie ; le premier est bien portant physiquement, le second est plutôt un malade.

La *démence précoce*, qui parfois débute par un stade hallucinatoire (1) ou maniaque, sera

(1) Kraepelin, *Ueber eine eigenartige Form des Schwachsinns*, XIX Wandersamml. d. Sudwestd. Neurologen, etc., Neurologisches Centralblatt, 1894, n° 13, p. 504.

aussi à prendre en considération. On devra avoir égard à l'âge peu avancé; mais souvent on devra attendre la disparition des phénomènes tumultueux pour poser le diagnostic. Le dément précoce se rapproche du dément vésanique, et d'autre part il semble que, comme chez ce dernier, l'état somatique persiste bon; la considération du poids journalier du malade aidera fort à s'assurer de cet état. Dans le cas que j'ai mentionné, avec l'affaiblissement mental singulier, subsistaient des acquisitions antérieures qui faisaient contraste avec les lacunes énormes que présentait l'intelligence du malade.

La *démence sénile* et les *démences organiques* offriront souvent de très grandes difficultés que je ne puis que signaler: certains états de *méningite* également, et surtout certaines formes d'affaiblissements liées à la *syphilis*, ceux-ci paraissant justiciables du traitement spécifique.

La *paralysie générale*, surtout au début, peut être d'autant plus prise pour de la confusion, que certains confus présentent des modifications pupillaires, des troubles de la parole, de la marche et des mouvements, des tremble-

ments parfois assez intenses pour mettre le diagnostic en suspens. Chez ces derniers ces symptômes somatiques sont généralement (pas toujours) moins fixes, plus variables que dans la paralysie générale ; de plus le trouble du langage du paralytique est plus accentué, constitue plus un accroc ou un bredouillement de la parole que celui du confus plus vague et plus variable ; d'ailleurs, comme toujours, les autres symptômes doivent être passés en revue.

Le diagnostic avec les *délires systématisés chroniques* ne peut offrir de difficultés que dans deux cas, lorsque les hallucinations et les idées délirantes se présentant par accès en grande quantité et soudainement, donnent lieu à de la confusion secondaire, ou bien lorsque le malade arrivé à un certain degré de son évolution présente un langage tellement en rapport exclusif avec ses idées ou un langage spécial si entremêlé de néologismes, qu'à première vue il paraît incohérent. Dans le premier cas, d'abord la confusion semble moindre que dans la confusion primitive, et de plus on aura la ressource de considérer la nature et la couleur des hallucinations ou du délire ; ce qui ne veut

pas dire que le diagnostic sera toujours facile. Dans le second cas, un peu d'attention permettra de percer facilement le masque de cette pseudo-confusion.

Parmi les folies aiguës, la *mélancolie* et surtout la *mélancolie avec stupeur* a été, comme nous l'avons vu, et est encore confondue avec l'affection qui m'occupe; je n'ai pas à m'appesantir de nouveau sur ce diagnostic que j'ai exposé au commencement d'après la magistrale étude de Delasiauve (1). Cependant il peut y avoir des cas dans lesquels la mélancolie aboutit à la véritable confusion (je ne parle pas bien entendu de la complication par épisodes intercurrents), ou bien encore dans lesquels il y a à la fois les deux affections : c'est alors que l'embarras peut être grand et la solution impossible.

La *manie* ne présentera pas à l'ordinaire de grandes difficultés (2). Sans parler des autres

(1) P. 22.

(2) Je ne sais quelle place assigner à l'observation de Beugnies-Corbeau (*Un cas de manie aiguë à début fébrile, simulant une pyrexie franche, dans un rapport de Ritti à la Soc. méd.-psych.*, Annales méd.-psych., 1891, t. XII, 7e s., p. 467) où il manque bien des détails. Est-ce de la confusion ?

éléments à considérer, comme le dit M. Séglas : « L'expression de la physionomie est aussi toute différente ; elle n'exprime plus l'égarement, l'étonnement, mais le regard est expressif, vif, brillant, le facies animé, coloré, très mobile. La parole n'est plus hésitante, mais précise et rapide, la voix est forte, accentuée, rauque, au bout de quelque temps. Il y a toujours aussi un certain degré d'agitation motrice continue, parallèle à la loquacité et à cette surexcitation générale des facultés intellectuelles qui caractérisent le maniaque. De plus, le ton émotionnel dans la manie est toujours exalté, déterminant un sentiment de bien-être, de puissance, de supériorité auquel viennent s'associer des idées le plus souvent de caractère agréable, ne s'accompagnant guère d'hallucinations. »

Dans les cas graves il peut y avoir confusion secondaire et alors il est fort difficile de faire la distinction ; ce n'est guère que par les commémoratifs que l'on y arrivera, mais la difficulté sera augmentée, si à la suite de cette manie très aiguë se développe un état de confusion mentale primitive, conséquence de la première psychose.

J'arrive maintenant à exposer le diagnostic qui a précisément donné lieu en Allemagne à des discussions qui ne sont pas encore terminées, je veux dire avec ce que l'on appelle la *paranoïa aiguë*, autrement dit les *délires hallucinatoires ou systématisés aigus*. Bien que je n'aie pas à faire ici la théorie de la paranoïa (1), je suis obligé pourtant d'entrer dans quelques détails.

Westphal a montré, en Allemagne, contrairement à l'opinion ancienne, qu'il y avait des folies débutant dans la sphère intellectuelle sans période mélancolique préparatoire. Il décrivit des cas chroniques qui correspondent aux délires de persécution de Lasègue, de Morel, de Falret, en un mot à tous les délires systématisés chroniques avec ou sans hallucinations. A côté il mentionna l'existence d'une forme

(1) La théorie de la paranoïa est comme tout en psychiatrie encore bien hypothétique :

Voyez J. Séglas, *La paranoia*, Arch. de neurologie, nos 37, 38 et 39 ; Werner, *Die Paranoia*, Stuttgart, 1891 ; Mendel, art. Paranoia, Real-Encyclopædie, t. XV, 2e éd., 1888, p. 214 ; Chaslin, *La confusion mentale primitive*.

Kraepelin, *Die Abgrenzung der Paranoïa*, 24 Versamml. d. sudw.-d. Irrenärzte, Allg. Z. f. Psychiatrie, 1894, t. 50, H. 5, p. 1080.

aiguë, et c'est de cette forme aiguë que s'est séparée, comme je l'ai dit, la confusion mentale primitive. Ces cas aigus, qui ne sont pas de la confusion, ont été étudiés par une série d'auteurs dont les uns les rapprochaient des cas chroniques sous les termes communs de paranoïa et les autres les en séparaient en les appelant du nom de Wahnsinn. Les auteurs qui donnent à ces cas le non de paranoïa aiguë y trouvent des caractères qui les font rapprocher de la paranoïa chronique. Dans la paranoïa chronique ou tout au moins dans une partie des cas compris sous ce non, le délire, qu'il s'accompagne ou non d'hallucinations, doit être considéré comme l'expression devenue pathologique d'un caractère anormal qui se traduit par la création d'idées de persécution ou de grandeur. Ce délire représente une interprétation particulière du monde extérieur dans ses relations avèc la personnalité du malade qui rapporte tout à lui soit en mal, soit en bien, ce que l'on a exprimé en le qualifiant d'égocentrique. Lorsqu'il y a des hallucinations, celles-ci sont en quelque sorte créées à l'appui du délire et le personnifient pour ainsi dire véri-

tablement (1). Parmi les cas de paranoïa aigu il y en a qui, sans hallucination, présentent absolument le même caractère et doivent recevoir la même interprétation. Il en est d'autres surtout hallucinatoires, où l'égocentricité est également bien marquée. Les hallucinations sont les représentants des idées délirantes, comme le dit Schüle, et leur rapport avec le moi est encore du même ordre. Tous ces cas chroniques ou aigus ne s'accompagnent d'ailleurs pas de confusion. Mais il y en a qui débutent par un stade confus pour se terminer par une période de délire hallucinatoire plus ou moins systématisé. Ce sont ceux-là précisément que les auteurs ont voulu séparer, sous le nom de Wahnsinn, des délires chroniques, et ce sont ces cas qui offrent le plus de difficultés si l'on veut les distinguer de la confusion mentale primitive. Wille, Kraepelin, Werner, Neisser, Serbsky disent, au point de vue du diagnostic,

(1) Dans une étude antérieure (*Contribution à l'étude des rapports du délire avec les hallucinations*, Ann. médico-psycholog., t. XII, juillet 1890), j'ai essayé de montrer cette sorte de création des hallucinations par le malade lui-même, et je suis heureux de trouver dans un article récent de Schüle un appui précieux à cette manière de voir. (Schüle, *Zur Paranoia-Frage*, Zeitsch. f. Psych., t. L.)

que le degré de confusion mentale est moindre que dans la véritable confusion et que le délire relativement systématisé qui se fait rapidement jour porte le cachet de la paranoïa aiguë par sa teinte égocentrique. Maintenant que nous savons que la confusion symptôme peut être produite secondairement par des hallucinations nombreuses, on pourra s'efforcer de reconnaître cette origine secondaire dans la première période de cette paranoïa aiguë. Il y a donc ainsi moyen jusqu'à un certain point de faire le diagnostic avec les véritables cas de paranoïa aiguë avec ou sans confusion secondaire. Mais les auteurs qui se refusaient à faire rentrer les délires hallucinatoires aigus dans le cadre de la paranoïa ont vu certainement un côté de la vérité, car il me semble bien qu'il y a des cas de délire hallucinatoire ayant une existence indépendante de la paranoïa (1). Cela me paraît résulter d'un certain nombre d'observations que j'ai pu faire à Bicêtre. Mendel, dans un article sur le délire hallucinatoire (2), fait une

(1) V. mon travail de 1892 sur la confusion.

(2) Mendel, *Le délire hallucinatoire*, trad. franc., Médecine scientifique, nº 21.

description qui me paraît aussi corroborer ce point de vue, bien que d'ailleurs il ne parle pas dans cet article de la confusion mentale primitive qu'il doit probablement confondre avec son délire hallucinatoire. Mais Schüle, dans son dernier article, tend à admettre une forme de paranoïa aiguë qui se rapprocherait de l'*amentia.*

Ces délires hallucinatoires qui surtout, d'après un cas que j'ai vu, ne paraîtraient pas présenter la teinte égocentrique très marquée, sont encore en réalité fort mal étudiés et plus ou moins confondus, comme le fait par exemple Kraepelin, avec la véritable paranoïa aiguë. Mais il me semble, toujours d'après un cas tout récent que j'ai vu, que le début et la guérison sont très brusques, la durée courte, que la confusion est encore ici secondaire, que les hallucinations quoique souvent multiples, surtout visuelles, le font assez bien ressembler à un délire alcoolique, et enfin que le souvenir de la maladie est généralement conservé. Toutes ces différentes formes de délire ont été confondues par l'école de M. Magnan sous le nom de délire d'emblée des dégénérés. M. Le-

grain (1) dans sa thèse dit que ce délire d'emblée n'est que la simple exagération d'une déséquilibration mentale. Le malade n'éprouverait pas, de par la maladie mentale même, de perturbation dans son état somatique. Ce serait un simple trouble fonctionnel sans retentissement sur la santé du malade. Les grandes fonctions s'accompliraient avec régularité au cours de l'accès. Si cette conservation de la santé physique était vraiment la règle dans les délires systématisés aigus et les délires hallucinatoires, cela serait un élément précieux pour les faire distinguer de la confusion mentale primitive. Malheureusement Kraepelin dans sa *Psychiatrie* décrit toujours des troubles organiques dans son *Wahnsinn*, et il a toujours soin de marquer que le poids du malade diminue notablement pendant son accès.

A propos encore de ces folies aiguës il faut remarquer, comme l'avait déjà fait Delasiauve, qu'il arrive que la confusion mentale puisse laisser subsister après elle des idées délirantes ou des hallucinations qui peuvent former un

(1) Legrain, *Du délire des dégénérés*. Th. de Paris, 1886.

délire systématisé (1). Si la confusion a été peu hallucinatoire, le diagnostic pourra être facile; mais si les hallucinations ont été relativement nombreuses, il faudra un examen bien approfondi pour élucider le diagnostic.

Les manifestations aiguës de l'*alcoolisme* doivent encore attirer l'attention; à part celles qui présentent de la confusion symptomatique, ou celles qui revêtent l'apparence de delirium tremens fébrile (auquel cas les signes physiques éclaireront le diagnostic), ce n'est qu'avec le *délire alcoolique subaigu* qu'il y a lieu de faire le diagnostic. Le délire alcoolique est un rêve dont il est possible de tirer le malade par une interrogation impérieuse et autorisée, comme dit Lasègue, auquel je renvoie (2). Sa description magistrale s'éloigne fort de celle de la confusion (3).

(1) C'est un cas de ce genre, communiqué par M. Séglas, que j'ai rapporté dans mon travail de 1892 en faisant observer qu'il aurait été très probablement diagnostiqué paranoïa aiguë par les Allemands. On voit toute la difficulté de la distinction. Je ne discute pas la question de savoir si ce délire systématisé ne peut être considéré dans certains cas comme paranoïa. (V. Schüle, *Zur Paranoia-Frage.*)

(2) Lasègue, *Le délire alcoolique n'est pas un délire, mais un rêve*, Études médicales, t. II, p. 203.

(3) Magnan, cité par Lépine, aurait exposé le diagnostic

Le *délire fébrile* sera surtout reconnu par l'existence de la maladie causale.

Les *maladies infectieuses* et les *méningites* seront reconnues aux symptômes généraux.

Quant au *délire aigu*, c'est surtout le délire de collapsus que l'on pourra confondre avec lui ; mais le délire aigu n'a peut-être pas une existence particulière et ne constitue peut-être qu'un aboutissant de différentes maladies mentales. Pourtant Kraepelin fait de ce délire aigu une paralysie générale à marche galopante, et d'autres part Bianchi et d'autres auteurs italiens ont isolé dans certains cas de délire aigu un bacille qui paraîtrait spécial. On aurait alors les éléments de diagnostic, mais c'est là encore un point obscur que je suis obligé de laisser de côté.

Quant à la *psychose polynévritique* de Korsakoff, si quelques cas présentent de la confusion primitive, dont la classification dans les confusions soit idiopathique soit symptomatique me paraît encore douteuse, les autres semblent comporter surtout un trouble particulier de la mémoire. Je sais bien que l'on peut après de la

entre le délire dit d'inanition et le délire alcoolique, je n'ai pu trouver l'indication.

confusion rencontrer des amnésies fort analogues, mais la présence des polynévrites viendra lever les doutes, en admettant que la psychose de Korsakoff doive être séparée complètement de la confusion mentale (1).

Enfin il faut faire le diagnostic avec certains troubles mentaux liés à l'épilepsie ou à l'hystérie et à la neurasthénie. Les troubles mentaux liés à l'*épilepsie* ont souvent un caractère particulier de violence ou au contraire d'automatisme qui peuvent (outre les commémoratifs) mettre sur la voie du diagnostic ; de plus leur durée est en général courte.

Pour l'*hystérie*, le délire équivalent ou consécutif à l'attaque a un aspect particulier qui rappelle le délire alcoolique franc ; le malade vit à part dans un monde imaginaire ; ses gestes, ses attitudes sont en rapport avec son rêve, ce qui lui donne un extérieur différent du confus toujours désorienté, même quand il a des hallucinations relativement cohérentes.

Dans la *neurasthénie*, la conscience conservée durant tout le temps fait contraste avec l'état

(1) Je n'ai pu consulter le travail de Haury, *Contribution à l'étude des neuro-cérébrites toxiques*, Th. de Lyon, 1893-94.

du confus qui n'a que par éclairs le sentiment de sa maladie. Dans les confusions légères mêmes, le trouble psychique est d'ailleurs toujours plus intense. D'ailleurs l'erreur n'aurait pas une grande importance, car le traitement est au fond le même : rétablir la nutrition altérée. Quant aux psychoses particulières signalées par Krafft-Ebing (1), je me contente de les mentionner, car l'accord n'est pas fait sur elles. Je réserve aussi les cas de *neurasthénie suraiguë* (2) mentionnés par quelques auteurs, dont je n'ai jamais vu de cas et dont il me paraît difficile d'exposer le diagnostic. Enfin je cite pour mémoire les seize cas de *demi-rêve* de C. Mayer (3) qui doivent peut-être être rangés dans les confusions symptomatiques, puisque l'auteur les rapproche de la « Transitorische Amentia » de Meynert, mais que,

(1) Krafft-Ebing, *Ueber transitoriches Irresein auf Neurasthenischer Grundlage*, Wiener klin. Wochenschrift, 10 décembre 1891, p. 935.

(2) A. Latour (Union médicale, janvier 1859); Bouchut, *De l'état nerveux aigu ou chronique*, etc. Paris, 1860, p. 57. A. Schwartz, *Ueber acute nervöse Erschöpfung*, Wiener med. Wochenschr., 1894, n° 20, p. 885, n° 21, p. 931.

(3) C. Mayer, *Sechzehn Fälle von Halbtraum-Zustände*, Jahrb. f. Psych., t. XI, 1892, p. 236.

à la lecture, je n'ai pu classer avec certitude. Je mentionnerai aussi les cas de Koch (1) qu'il décrit sous le nom de « Flüchtige psychopathische Minderwertigkeiten mit Verwirrung ».

Je viens d'indiquer les différences qui existent entre la confusion mentale primitive et les autres affections, mais il ne faut pas oublier que cette confusion peut se présenter aussi dans le cours d'une autre affection mentale ou cérébrale à titre de complication. Elle peut se présenter à la fin comme conséquence et peut-être même à ce titre dès le début ou dans le courant. Le diagnostic ne pourra être fait alors que par les commémoratifs soigneusement établis. Il s'agit dans tous les cas de la complication d'une autre affection par la confusion idiopathique, ou bien cette autre affection a été la cause de cette confusion toujours idiopathique. Mais nous avons vu qu'il y avait des confusions symptomatiques et celles-ci peuvent compliquer d'autres troubles mentaux. On devra donc chercher encore ici à reconnaître dans la complication intercurrente à quelle confusion on a affaire.

(1) J. L. A. Koeh, *Die psychopathischen Minderwertigkeiten*, dritte Abth., Ravensburg, 1893, p. 412.

CHAPITRE V

Pronostic.

Les renseignements sur ce sujet, donnés par les différents auteurs, sont très variables : cela n'est pas étonnant, car la plupart ont confondu d'autres formes dans leurs descriptions. C'est pourtant surtout dans les auteurs allemands qu'il faut chercher les données nécessaires, mais je n'en citerai que quelques-uns : Fritsch considère le pronostic comme favorable, Krafft-Ebing admet 70 p. 100 de guérisons, Meynert 46,9 p. 100 de non-guérisons, 44,5 p. 100 de guérisons, et 8,6 p. 100 de morts. Wille obtient le même résultat que Meynert, Ziehen donne pour les vingt-cinq cas qu'il a examinés dix guérisons (40 p. 100), sept morts (28 p. 100) (la mort dans un cas arriva à la récidive), six récidives (24 p. 100) ; au moment où il faisait l'article que j'ai cité, il avait encore trois malades en traitement, dont une en démence

et une autre devant finir probablement de même. Delasiauve, Sauze, Ballet, regardent le pronostic comme favorable, mais Séglas d'après les faits nombreux qu'ils a eus sous les yeux ne partage pas cet optimisme et je me range absolument à sa manière de voir. Il s'agit donc là d'une affection sérieuse, d'autant plus qu'elle peut tuer par elle-même sans complication apparente. Comme pour le diagnostic, il est difficile de donner des règles précises pour établir le pronostic, car on ne sait jamais si tel cas sera aigu ou chronique ; et, même au bout de plusieurs années, on peut voir survenir la guérison, malgré les apparences de démence commençante. Tout ce que l'on peut dire est que moins il y a d'hallucinations, d'idées délirantes, de changements et de variations dans l'évolution, moins grave est le pronostic. L'état physique doit être pris en très grande considération, en y comprenant l'état antérieur dans lequel se trouvait le malade avant le début de l'affection. Plus les symptômes physiques sont accentués, plus il semble que la gravité augmente. Naturellement les cas légers qui se rapprochent de la neura-

sthénie semblent moins sévères, et d'autre part d'après Kraepelin le délire de collapsus serait relativement peu dangereux. Cependant, je le répète encore, on n'est jamais sûr d'une terminaison favorable ; on a toujours à craindre une aggravation, une rechute ou une récidive, et même, quand l'affection guérit, il peut rester à la suite des troubles neurasthéniques, obsessions, idées fixes ou affaiblissement généralisé du système nerveux, ou enfin des altérations plus ou moins persistantes de la mémoire ou des hallucinations. Dans certains cas pourtant la guérison semble plus parfaite que dans les autres formes aiguës.

Il est bien évident d'ailleurs que les complications intercurrentes, pneumonie, tuberculose, accès de fièvre, néphrite, etc., assombrissent singulièrement le pronostic. Et d'autre part certains phénomènes critiques signalés peuvent faire présager une guérison rapide. Le poids du malade examiné quotidiennement et la marche de la température donnent aussi des indications précieuses.

CHAPITRE VI

Étiologie et Pathogénie.

La *fréquence* de la confusion, dit Wille, se rapproche de celle de la mélancolie et de la manie, si elle ne la surpasse pas. Il me semble bien que cette fréquence doit être assez grande, plus que les auteurs ne peuvent le dire, parce que la confusion a été souvent prise pour d'autres formes, même en Allemagne ; et d'autre part, parce que si on écarte la mélancolie et si on ne considère comme manie que les cas véritables, cette dernière forme, à tout prendre, est assez rare, ce qui par conséquent augmente, par comparaison, les cas de confusion. Pour notre pays, il nous manque des renseignements, puisque jusqu'à ces derniers temps personne ne posait plus le diagnostic de confusion mentale primitive, sauf quelques médecins isolés, qui écrivent peu, mais qui, élevés dans les idées d'Esquirol, et avant tout

cliniciens, continuent encore à reconnaître, quand il le faut, la démence aiguë.

La fréquence serait plus grande chez les *femmes*.

L'*âge* de prédilection serait de vingt à quarante ans ; Meynert admet surtout l'espace de temps de vingt à trente, et presque jamais après cinquante ans ; cependant l'affection peut certainement atteindre des personnes d'un âge avancé.

Pour ce qui touche à ce qu'on appelle les *causes prédisposantes*, l'école de Meynert attache une grande importance au rachitisme congénital ou infantile, aux maladies graves, externes ou internes, qui étant survenues dans l'enfance ont troublé le développement normal somatique et intellectuel. La plupart des auteurs allemands pensent que l'affection se développe chez des personnes dont la constitution est devenue névropathique ou psychopathique, sous l'influence de toutes les causes déprimantes, telles que des maladies fébriles longues ou répétées, des accouchements trop rapprochés, des troubles comme les maladies utérines chroniques qui affaiblissent beaucoup les malades. Toutes

les causes d'ailleurs de misère physiologique peuvent jouer un rôle dans la détérioration de l'organisme, et il me paraît oiseux d'insister sur elles, comme les chagrins, les privations, etc. (1).

Meynert insiste sur les émotions fortes, le surmenage intellectuel, etc... Krafft-Ebing note encore une cause de plus, à savoir : le trouble apporté dans l'existence par l'emprisonnement surtout cellulaire ; Wille, comme on le fait toujours en Allemagne et en Angleterre, rappelle l'influence de la masturbation.

La *prédisposition héréditaire* peut aussi jouer son rôle dans l'apparition de la maladie. Ainsi Ziehen, sur ses vingt-cinq cas de paranoïa dissociative, compte treize cas où il y avait de l'hérédité, six où l'hérédité était très chargée ; mais il y en avait six où, malgré ses recherches, il ne put découvrir de prédisposition héréditaire. Quant aux stigmates physiques dits de dégénérescence, il en a noté six fois, accumulés en quantité suffisante pour avoir, comme il le dit, une signification ; mais l'empreinte

(1) C'est ce que Pagliano appelle *prédisposition accidentelle* (Revue de méd., 1894, n° 8, p. 671).

psychique dite dégénérative était absente. Les auteurs d'ailleurs n'attachent pas une grande importance à ces anomalies de développement; j'en ai pourtant noté chez le malade dont j'ai communiqué l'observation au congrès de Blois en 1892.

Il reste à passer en revue les causes dont l'action précède immédiatement l'éclosion de l'affection; ce sont d'une façon générale toutes celles qui ébranlent profondément le système nerveux : les émotions brusques, bouleversantes, la surprise, la frayeur, la colère, l'effroi et au point de vue physique toutes les causes que nous avons déjà énumérées comme pouvant préparer une constitution psychopathique. Ce sont avant tout l'état puerpéral et les maladies infectieuses (1). Wille veut y joindre les accès d'épilepsie et les intoxications. Mais il faut, suivant moi, avoir soin de distinguer les formes d'aliénation liées directement au mal comitial et aux intoxications de la confusion mentale idiopathique,

(1) Hanot pense que dans certaines épidémies de fièvre typhoïde les troubles cérébraux sont plus fréquents que dans d'autres; il y aurait donc dans le poison typhique quelques variations d'action suivant les cas.

conséquence de l'épuisement organique qui peut être amené par ces troubles pathologique. Wille met à part, comme confusions atypiques, celles qui se présentent dans les maladies du cœur et des vaisseaux avec embolie ou thrombose. Ces formes aphasiques et pseudo-aphasiques rentrent dans ce que j'ai appelé les confusions symptomatiques. Enfin la manie ou d'autres psychoses peuvent amener la confusion comme toute autre cause déprimante.

Chaque forme de la confusion a-t-elle une étiologie particulière? Kraepelin semble l'admettre, et pour lui les formes où l'excitation prédomine se montreraient surtout chez des individus au « cerveau valide », tandis que celles où l'arrêt du fonctionnement intellectuel l'emporte frapperaient surtout les constitutions déjà minées par avance. Cela est possible, mais il est difficile d'apprécier la « force de résistance » d'un individu.

Comment ces différentes causes agissent-elles ? Dans l'historique nous avons vu que, pour les auteurs, c'est toujours le résultat d'un épuisement qui porte principalement sur l'é-

corce cérébrale et qui ferait le fond du trouble organique. Meynert partant de ce point de vue a exposé, ainsi que je l'ai dit, la façon suivant laquelle cet épuisement de l'écorce donnerait naissance aux symptômes de l'affection. Le mécanisme de cet épuisement a donné lieu à de nombreuses considérations, surtout pour les cas de folie qui apparaissent consécutivement aux maladies infectieuses (1). Mais actuellement on rapporte à l'action des ptomaïnes la perturbation organique qui produit la confusion mentale. Je rappellerai que Lallier rapporte également à l'infection les folies consécutives à l'accouchement ; il en serait de même pour celles qui surviennent après une opération chirurgicale (2). Je n'ai pas à entrer ici dans l'exposé de toutes les recherches touchant l'infection ou l'auto-intoxication ou les troubles de

(1) Voyez le résumé des différentes théories dans Pagliano (*loc. cit.*, p. 672). Lire aussi les excellents mémoires de Christian, *De la folie consécutive aux maladies aiguës*, Arch. gén. de médecine, 1873 ; Marandon de Montyel, *De la fièvre typhoïde dans ses rapports avec la folie*, Ann. médico-psychol., t. IX, 1883, p. 387.

(2) Pénon, *Contribution à l'étude du délire post-opératoire* (*Du rôle de l'auto-intoxication*), Th. de Bordeaux, 1893. (Je n'ai pu la consulter.) Dent, *Insanity following surgical affections*, The Am. J. of m. science, vol. XXXV, 1889-90, p. 1 ; etc.

la nutrition (1) dans les maladies mentales. On trouvera les renseignements les plus complets sur ce sujet dans le rapport si remarquable de MM. Régis et Chevalier-Lavaure et dans la *Revue* de Toulouse (2). Mais s'il est très vraisemblable d'admettre que ce soit le poison microbien ou fabriqué par l'économie ou retenu par suite de l'insuffisance d'un organe éliminateur (3) qui produit cet état anormal du système nerveux, on doit se demander si ce poison n'agit qu'au début pour produire l'affection ou s'il agit encore durant son évolution. D'après la comparaison constante que font MM. Régis et Chevalier-Lavaure avec les folies toxiques et avec les folies anciennement dites symptomatiques, en réalité toxiques, et les folies diathésiques, il semble que ceux-ci ad-

(1) Mairet et Bosc, *Aliénation mentale par troubles de la nutrition*, Ann. méd.-psych., Janvier-février 1892, p. 17. Ch. Mills, *The relations of infectious processes to mental disease*, Am. J. of. m. science, nov. 1894. (Je n'ai pu le consulter.)

(2) Voyez aussi A. Cullerre, *La folie blennorrhagique*, Annales médico-psychologiques, Septembre-octobre 1894, p. 291. Jacobson, *Ueber Auto-intoxications psychosen*. Allg. Z. f. Psychiatrie, t. LI, 2, 1894, p. 379.

(3) Voyez l'intéressant article de Klippel, *De l'origine hépatique de certains délires des alcooliques*, Ann. méd.-psychol., septembre-octobre 1894, p. 262.

mettraient que durant tout le temps de la maladie le poison continuerait à agir, et on pourrait d'autant plus croire à cette interprétation de leur part et des autres auteurs, qu'on a cherché si dans les urines du malade on ne trouverait pas des traces de poison (1). Il faut d'ailleurs remarquer que, quand même on trouverait des produits toxiques dans les urines, cela ne démontrerait nullement que c'est à ces produits toxiques qu'il faut rapporter l'affection, car celle-ci qui, comme toutes les maladies, est un trouble de la nutrition, peut parfaitement et secondairement produire elle-même des poisons. M. Séglas a bien montré aussi, par ses expériences, que les recherches entreprises sur les urines ne peuvent donner des résultats précis sur l'existence des poisons dans celles-ci, étant donné d'une part l'incertitude des procédés expérimentaux auxquels on est obligé d'avoir recours, et de l'autre le caractère absolument superficiel et incomplet

(1) Voyez Ballet, *Sur un cas de délire transitoire à caractère de délire vésanique, accompagné d'un accroissement notable de la toxicité urinaire, et de la présence de ptomaïnes dans les urines*, Bull. de la Soc. méd. des hôp., 1893, n° 21, p. 467.

des observations faites jusqu'ici à ce sujet chez les aliénés. Jusqu'à présent, rien de moins prouvé donc que la nature « maladie infectieuse ou toxique ». Il est prudent d'admettre provisoirement qu'à la suite des maladies infectieuses ou des auto-intoxications le trouble organique doit être plutôt considéré comme la suite éloignée de l'action du poison qui a cessé d'agir (1). (Voir plus bas.)

Si cette hypothèse paraît séduisante dans les cas où la confusion mentale est consécutive à des maladies ou à des opérations chirurgicales (comme pour ces dernières cela paraît bien être le mécanisme à invoquer), il y a des cas de confusion qui sont consécutifs à la manie, à des traumatismes (2) sans lésion extérieure,

(1) Les néphrites ont donné lieu aux mêmes discussions.

(2) Skae, *On Insanity caused by injuries to the head and by sunstroke*, Edinb. med. J., Février 1866. (Je ne l'ai pas consulté.)

Wille, *Ueber traumat. Irresein*, Arch. f. Psychiatrie, t. VIII, p. 219.

Hartmann, *Ueber Geistesstörungen nach Kopfverletzungen*, Arch. f. Psychiatrie, t. XV, 1884, p. 98.

Guder, *Die Geistesstörungen nach Kopfverletzungen*, 1886. (Ne se trouve pas à la bibliothèque de la Faculté.)

R. Thomsen, *Zur Casuistik*, etc., Charité-Annalen, XIII, 1888, p. 429 (Pas consulté).

Landerer, *Ueber traumatisches Irresein*, Württ. Corresp. Bl.,

et à des perturbations morales vives, par exemple les chagrins ou la terreur dans lesquels on ne voit pas apparence d'infection. Peut-être pourrait-on invoquer encore l'intoxication malgré cette apparence ; car, comme le disent Régis et Chevalier-Lavaure : « Il suffit de rappeler à cet égard les importantes recherches de Charrin et Roger, exposées par Bouchard au congrès de Berlin (1890), dans lesquelles en maintenant un lapin pendant quatre heures sur une roue douée d'un mouvement continu, et faisant l'examen bactériologique du sang, on a trouvé ce dernier si riche en microbes qu'une seule goutte donnait lieu au développement de huit cents colonies : la peur et les secousses avaient provoqué un véritable arrêt des centres nutritifs. On peut également invoquer les travaux de Bouchard, démontrant que les influences nerveuses inhibitoires sont un obstacle au phagocytisme normal qu'accomplissent les cellules

n° 7, 1889. (Document n'existant pas à la bibliothèque.)

Mickle, *The traumatic factor in mental Diseases*, Brain, 1892, vol. XV, p. 76.

D. E. Jacobson, *Tranmatiske Psykoser*, Nordiskt medicinskt Arkiv, 1893, H. 3, n° 13 (Résumé français dans le n° 17), Travail d'ensemble qui résume tout.

lymphatiques en lutte avec les microbes, et que la culture du sang des animaux soumis à un refroidissement graduel ou à l'inanition donne naissance à des colonies de bactéries. »

Quant aux confusions symptomatiques, elles semblent liées directement à la maladie générale dont elles dépendent, disparaissant ou reparaissant avec elle. Elles sont certainement bien liées à des modifications humorales dans les maladies infectieuses, dans la tuberculose, dans les auto-intoxications, comme l'urémie, et elles sont liées probablement encore à la même cause dans les maladies du cœur. Dans ces confusions passagères qui sont dues au froid ou à l'inanition, il est encore possible de supposer une perturbation nutritive amenant la formation de poisons. Mais nous n'en avons pas encore la démonstration. Quant à la genèse de la confusion symptomatique des tumeurs ou de l'apoplexie ou du ramollissement cérébral ou de certaines méningites, le mécanisme intime nous échappe. A plus forte raison nous échappe-t-il dans l'épilepsie, l'hystérie ou la neurasthénie.

CHAPITRE VII

Anatomie pathologique.

Eloc-Demazy avait trouvé dans un certain nombre d'autopsies de l'œdème cérébral ; Ferrus et Scipion Pinel admettaient aussi cette lésion. Delasiauve est moins explicite. Sauze dans une autopsie n'a pas rencontré cet œdème cérébral, mais a trouvé de la sérosité dans les ventricules et dans la grande cavité de l'arachnoïde ; aussi il tend à croire que dans la confusion l'épanchement pourrait siéger en différents points.

Wille admet aussi l'existence de l'œdème cérébral, de l'hydrocéphalie externe et interne avec trouble des méninges, de l'anémie cérébrale et même de l'atrophie du cerveau. Ces modifications, d'après cet auteur, sont très marquées, bien plus que dans les folies purement fonctionnelles, surtout l'atrophie.

Kraepelin admet que, surtout dans la forme

démence aiguë, à la suite de la variole ou de la fièvre typhoïde, on trouve des modifications pathologiques des cellules nerveuses, et il cite Emminghaus qui a trouvé un état trouble des cellules de l'écorce du cerveau (1).

Rychlinski (2), dans un cas qu'il rapporte à l'amentia de Meynert, qui aurait débuté sans cause violente, mais chez un individu dont les conditions d'hygiène physique et morale étaient déplorables, a trouvé les cellules de la névroglie du cerveau augmentées, les cellules nerveuses avec du pigment brun, leur protoplasma altéré et le noyau sain ou l'inverse, les fibres nerveuses épaissies, les vaisseaux ultra-congestionnés avec les parois en prolifération. Wagner (3) admet comme probable l'existence de polynévrite dans les cas consécutifs à des maladies infectieuses (ce qui ferait rentrer la psychose de Korsakoff dans la confusion mentale).

(1) Emminghaus, *Zur Pathologie der postfebrilen Dementia*, etc. Arch. f. Psych., t. XVII, fasc. 3.

(2) Rychlinski, *Beitrag zur path. Anatomie der Amentia* (*Von Meynert*), Gazeta Lekarska, 1891, n° 2, analysé in *Jahresbericht* pour 1891, t. LII, 1re partie, p. 49.

(3) Wagner, *Ueber die körperlichen Grundlagen der acuten Psychosen*, Jahrb. f. Psych., 1892, t. X, p. 180.

P. Netschai (1), sur quatorze cas où il y avait de la confusion (je ne suis pas sûr qu'il s'agisse là de l'affection qui m'occupe, d'après la courte analyse qui se trouve dans le Neurologisches Centralblatt), a recherché dans sept cas l'état du sang; il a trouvé, ce qui n'est pas étonnant vu l'état de dénutrition des malades, un nombre excessivement restreint de globules rouges. Ziehen admet aussi le gonflement trouble des cellules cérébrales et une modification des fibres nerveuses dans la moelle. Dans la psychose polynévritique on a trouvé dans les fibres nerveuses cérébrales une modification analogue à celle des nerfs périphériques. Quant aux altérations dues à des maladies intercurrentes je ne fais que rappeler les lésions de tuberculose, de pneumonie, du catarrhe gastrique ou intestinal, les escarres, etc... A. Nagy (2) a trouvé avec le procédé de Nissl des lésions des cellules cérébrales peu marquées, contrairement à celles

(1) P. Netschai, *Ueber Verwirrtheit*, etc. Medicinskoje Obosverije, 1892, n° 5, an. in Neurologisches Centralbl., 1893, p. 648.

(2) A. Nagy, *Ueber die Veränderungen der Hirnrindenzellen bei Psychosen*, analysé in Neurol. Centralblalt, 1894, p. 820.

qu'il a trouvées dans la paralysie générale, l'épilepsie, etc. (1).

A propos des confusions symptomatiques, je ne puis que renvoyer aux descriptions anatomo-pathologiques qui ont trait à la maladie principale (2). Pour le trouble organique spécial qui produit le symptôme de confusion, nous ne savons encore rien de précis à son égard.

(1) Ce travail était déjà imprimé lorsque j'ai eu connaissance des conférences de J. Batty Tuke, *The Insanity of Over-Exertion of the Brain* (Morison Lectures, Session 1894), Edinburgh; on y trouvera des recherches intéressantes sur la physiologie et l'anatomie pathologique du surmenage, qui peuvent et doivent même s'appliquer en grande partie à la confusion, surtout à celle qui est consécutive à la manie ou aux chocs moraux, en un mot à celle qui paraît liée à « l'épuisement cérébral ». Les cinq leçons sont à lire; elles donnent des indications importantes.

Féré (*Note de psychologie morbide comparée : l'immobilité du cheval*, Revue neurologique, 1894) rapporte une curieuse observation d'un cheval atteint d'un trouble qu'il rapproche de la confusion. Il ajoute qu'on a trouvé assez souvent à l'autopsie des chevaux immobiles une hydropisie ventriculaire, mais cela ne serait pas constant. (Comparez avec le perroquet de Bougainville, p. 15.)

(2) A propos de l'inanition, Voy. F. Tauzsk, *Die Veränderungen im Centralnervensystem bei Inanition*, an. in Neurolo. Centralblatt, 1894, p. 820.

CHAPITRE VIII

Place de la confusion mentale dans la classification et définition.

Nous avons vu dans les chapitres précédents comment, en dehors de toute théorie, on avait pu séparer des autres affections mentales une forme qui paraît avoir une existence relativement indépendante; nous avons vu qu'elle se caractérise essentiellement au point de vue psychique par un trouble particulier que nous avons appris à isoler des autres analogues, et au point de vue physique par des troubles qui sont bien plus importants que dans la plupart des autres affections mentales. La clinique nous a donc permis de constituer une description d'ensemble qui s'applique à un certain nombre de cas que presque tous les aliénistes ont eu sous leurs yeux. Nous avons vu enfin que peut-être les causes de cette affection présentent ceci de particulier, qu'elles sont presque tou-

jours apparentes et amenant un état spécial que l'on a qualifié d'épuisement (Kraepelin, Mayser, v. Voigt, etc.). Enfin Serbsky, Wagner, etc., tendent à admettre que cet épuisement est la conséquence de l'action de ptomaïnes sur le système nerveux, tandis que d'autres semblent vouloir faire de la confusion une maladie infectieuse ou toxique véritable (Régis, etc.). De plus il semble que l'anatomie pathologique ait donné quelques résultats non spécifiques, il est vrai, jusqu'à présent, mais en tout cas plus accentués que dans d'autres folies. D'autre part, certains auteurs parlent des causes « prédisposantes », et Meynert surtout y insiste beaucoup; mais parmi ces causes dites prédisposantes, « l'hérédité » ne semble pas jouer un rôle très important. Comment avec tous ces éléments pouvons-nous arriver à nous faire une idée de ce que peut être la confusion et à la séparer des autres folies en la plaçant dans une classification rationnelle? Il sera difficile de répondre d'une façon catégorique, comme d'ailleurs pour les autres formes de folie.

Comment pouvons-nous arriver à savoir si c'est une maladie ou une affection, quel rôle jouent les

causes tant internes (prédisposition) qu'externes dans son éclosion, etc., bref quelle est la nature du trouble pathologique?

L'étude de l'aliénation en est encore au point où l'on en était il n'y pas bien longtemps dans la pathologie interne. Que de théories on a faites, que d'hypothèses parfois bizarres on a hasardées sur la nature des maladies, jusqu'au jour où des connaissances positives sur l'étiologie ont permis enfin de fonder une pathologie interne vraiment scientifique. Si on ouvre les traités les plus récents de psychiatrie, on ne trouve pas de théorie ou de définition satisfaisante de l'aliénation. Cela tient évidemment en partie à ce que l'on n'a pas la notion étiologique certaine, comme on l'a pour les maladies infectieuses par exemple. Et d'ailleurs un territoire bien voisin de l'aliénation, les maladies nerveuses proprement dites, se trouve encore à peu près dans le même état inculte, bien que la clinique pure surtout, aidée de l'anatomie pathologique, ait fait faire des progrès considérables à cette branche de la pathologie. Nous savons maintenant ou à peu près que quand telle région nerveuse est lésée,

il s'en suit tel ordre de troubles; mais si nous connaissons (relativement) par exemple les symptômes et l'anatomie pathologique de l'ataxie locomotrice, nous ne connaissons pas encore nettement ni la cause de cette affection ni sa nature. Que serait-ce si nous examinions les autres affections nerveuses? Bien que, au point de vue nosographique, nous soyons redevables à Charcot de la constitution de types cliniques qui paraissent dans un certain nombre de cas bien tranchés, les limites sont encore relativement indécises pour un certain nombre d'entre eux, ce qui tient à l'absence de la notion étiologique. Cependant on commence à entrevoir les causes de certaines de ces affections. La voie étiologique est probablement la seule voie à suivre si l'on veut arriver à connaître véritablement les maladies nerveuses dans leur nature. La découverte de la cause spécifique est d'une importance capitale; elle permet d'élever réellement un complexus symptomatique au rang d'une maladie et de la séparer des autres, car si l'on peut dire, par exemple, que la fièvre typhoïde est une maladie, que la scarlatine est une maladie,

c'est que chacune d'elles est véritablement une espèce morbide dont l'existence repose sur une cause spécifique.

Les manifestations d'une maladie sont dues à des processus anormaux, des affections : une affection est un groupe de phénomènes constitué par un processus anormal envisagé en faisant abstraction de la cause, groupe qui peut ressembler beaucoup à un autre groupe (si bien qu'on les confond) dont la cause est autre ; et c'est là le grand progrès que d'avoir pu rattacher ces affections à leur cause en leur faisant prendre la place subordonnée qu'elles doivent occuper dans l'ensemble de la maladie. Pour la production de ces maladies infectieuses, la cause spécifique n'est d'ailleurs, pour ainsi parler, que la moitié de la cause qui amène le trouble pathologique, l'autre moitié est le terrain, c'est-à-dire la *prédisposition*. Il faut les deux, mais malgré la prédisposition, sans l'agent pathogène il n'y a pas de maladie et la spécificité de celle-ci repose sur lui (1). Quant

(1) La maladie est un trouble de l'économie et si on veut réellement le différencier des autres, il faut chercher quelque chose de spécifique en elle. Si on appelle maladie « l'ensemble des phénomènes qui évoluent sous l'influence d'une même

aux affections du système nerveux, nous sommes loin de connaître les causes de toutes : certaines d'entre elles sont aussi spécifiques que la variole, comme la rage qui est évidemment une *maladie* infectieuse du système nerveux. Mais pour les autres, l'incertitude est grande. Quelques-unes revêtent un type clinique assez tranché pour qu'elles aient l'aspect d'espèces distinctes, et Charcot avait soin d'insister sur l'unité propre à chacune d'elles ; il insistait aussi sur leur étiologie. Mais cette étiologie ne pouvait servir à la distinction des espèces nosographiques entre elles, puisqu'il ramenait cette étiologie à une seule, suivant en cela l'exemple de Moreau (de Tours) dont *l'arbre pathologique* supporte une foule d'affections disparates ou voisines (d'après la note précédente, on voit qu'il se *peut* que de ces affections il y en ait qui soient spécifiques.) En effet, pour Charcot et ses élèves la cause était toujours purement intérieure, prenant sa source dans l'hérédité ; d'où la conséquence que c'était « la

cause initiale » (Hallopeau), si cette cause a quelque chose de spécifique, le trouble apporté lui-même le sera ; mais si la cause ne l'est pas, on peut peut-être admettre encore que le trouble puisse l'être néanmoins dans certains cas.

prédisposition » qui était à elle seule la cause nécessaire et suffisante, les causes extérieures banales ne jouant qu'un rôle accessoire et subordonné. Mais voici déjà que pour l'ataxie locomotrice, cette prédisposition à elle seule ne suffirait plus, puisqu'il semblerait que la syphilis se trouve constamment dans les antécédents des tabétiques. Peut-être, mais ce n'est que probable encore, en est-il de même pour la paralysie générale (1). Si, comme nous l'avons dit plus haut, une affection peut généralement avoir des causes différentes tout en se manifestant en gros de la même manière, il y a aussi certaines affections qui ne paraissent reconnaître qu'une cause unique (2). S'il est vrai que le tabès ne se produise que consécutivement à la vérole, le tabès devrait être rattaché à cette dernière. La « prédisposition »

(1) La paralysie générale, malgré tous les travaux faits sur elle, est encore bien peu connue. Est-elle vraiment une? Est-ce une maladie ou un aboutissant de différents processus, comme par exemple l'ictère grave? Ou bien devra-t-elle être démembrée? Autant de questions insolubles encore.

(2) On pourrait peut-être se demander dans le cas où plusieurs causes dites banales interviennent, si cette banalité ne cacherait pas une façon d'agir commune à toutes, mais spéciale.

aurait donc besoin pour arriver à créer une maladie, suivant le cas, d'un seul et unique agent extérieur; suivant un autre, ce serait sous l'influence de plusieurs agents différents mais non banals qu'elle arriverait à faire la maladie, et enfin, pour un certain nombre, de troubles du système nerveux, il *semble* qu'en dehors de toutes causes *extérieures particulières*, elle pourrait créer de toutes pièces des troubles pathologiques qui évoluent, et dont quelques-uns semblent suffisamment distincts les uns des autres pour mériter qu'on leur ait donné le nom de maladies: ce sont celles que l'on appelle héréditaires proprement dites, de famille et enfin d'évolution. Je dis, « il semble, » parce que la tendance actuelle est de rattacher toutes les affections nerveuses à des maladies infectieuses (Grasset, Marie, etc.). D'ailleurs je signale tous ces points de vue divers et ceux que je mentionne plus bas afin de montrer la complexité de ces questions et l'obscurité encore grande qui règne à leur sujet.

Pour en revenir aux troubles mentaux: Qu'est-ce que la prédisposition? Dans certains

cas, cette « prédisposition » serait l'hérédité (1), c'est-à-dire que le trouble cérébral serait transmis directement et se développerait sous cette influence par suite de l'évolution même de l'individu, ou bien ce ne serait qu'une sorte de diathèse nerveuse qui serait transmise ; d'autres fois la prédisposition serait due à un trouble survenu dans l'évolution fœtale (sous une influence extérieure ou intérieure) et dont la destinée ultérieure est variable, et M. Féré (2) insiste avec beaucoup de force sur l'origine tératologique de la prédisposition et de la dégénérescence. En effet, la prédisposition se manifeste dans certains cas par ce qu'on appelle

(1) Voir la critique que M. Sanson fait des théories médicales sur l'hérédité directe ou indirecte dans son livre sur *l'Hérédité normale et pathologique.* Paris, 1893. V. aussi le travail remarquable de Orchansky, *Étude sur l'hérédité normale et morbide*, Ac. imp. des Sciences de Saint-Pétersbourg, 1894.

(2) Féré, *La famille névropathique*, 1894. Je n'ai pas à insister ici sur la façon dont M. Féré définit la dégénérescence au point de vue général, car cela ne rentre pas directement dans mon sujet, pas plus que sur les causes de cette dégénérescence ou ses relations avec l'atavisme. Je me borne à exposer les opinions des auteurs, sans les discuter. On trouvera les vues italiennes sur ces points dans le livre de Tonnini, *Le epilessie in rapporto alla degenerazione.* Turin, 1891.

les stigmates de dégénérescence (1) (il y a bien des choses comprises sous ce nom). On peut dire alors que la prédisposition serait une prédisposition fondée déjà sur un état pathologique de l'organisme, souvent reconnaissable; enfin il y a ce qu'on appelle la prédisposition acquise (par exemple les cérébraux de Lasègue). Mais ne peut-il y avoir aussi une prédisposition physiologique? Cela paraît résulter des expériences mêmes de M. Féré sur les œufs, car ces expériences montrent qu'à une cause perturbatrice donnée, répondent des malformations variables. Devra-t-on en conclure que ces œufs sont déjà dégénérés? Il semble moins spécieux de conclure qu'ils étaient déjà prédisposés, mais prédisposés physiologiquement. On pourrait s'étendre encore bien longuement sur ces considérations générales, et on en arriverait à voir qu'aucun trouble pathologique quelconque ne peut survenir sans « prédisposition » (physiologique, commune à l'espèce ou plus spéciale à une famille ou à un individu, ou pathologique).

(1) Naecke, *La valeur des signes de dégénérescence dans l'étude des maladies mentales*, Annales méd.-psych., septembre-octobre 1894, p. 250.

Mais au point de vue pratique, c'est l'existence de la prédisposition pathologique qui importe le plus, prédisposition envisagée dans ses modes principaux (c'est-à-dire suivant les rôles divers qu'elle jouerait vis-à-vis des causes extérieures) sur lesquels il m'a paru indispensable d'insister plus haut. Et dans la genèse des troubles mentaux, cette « prédisposition pathologique », cette « dégénérescence » semble jouer un rôle important. Que cette notion de la dégénérescence ait été mal comprise, mal appliquée et par suite nuisible, surtout dans notre pays, je le crois. Par le caractère de généralité extrême qu'on lui a donné, elle arrive à embrasser toute la pathologie, mentale ou nerveuse (1). Elle joue son rôle dans les troubles dits de nutrition (2) et même elle intervient dans les infections ou les intoxications (elle s'étend même jusqu'à la sociologie) (3). Aussi tous les

(1) Voir parmi les derniers travaux ceux de Féré, Tonnini, Lombroso, Dallemagne (*Dégénérés et déséquilibrés*, Bruxelles et Paris, 1895). Voir aussi un article curieux de Tuffier, *Sur une maladie générale caractérisée par une infériorité physiologique des tissus*, Semaine méd., 1894, n° 36.

(2) Sakorrhœphos, *Arthritisme et diathèse nerveuse*, Progr. méd., 1893, n° 42, p. 265.

(3) Sergi, *Le degenerazioni humane*. Milan, 1889.

auteurs, je parle de ceux qui se sont occupés particulièrement d'aliénation, tout en ne s'expliquant pas nettement sur la dégénérescence, si bien que souvent ils se contredisent eux-mêmes, ont-ils compris qu'il était utile de faire des divisions à l'intérieur de cette dégénérescence. Ils ont même *restreint le mot* à des catégories particulières de troubles mentaux, et le malheur est que l'extension de ces catégories comprises sous ce nom est très variable suivant chacun; on n'a qu'à comparer les différentes classifications à ce point de vue. Tout cela est un peu de la théorie transcendante; aussi y a-t-il sur ce point, comme sur l'existence de la dégénérescence (sa définition, ses rapports avec l'hérédité ou sa valeur), de nombreuses querelles entre les différentes écoles (1). Par exemple, la dégénérescence de M. Magnan

(1) Bien des fois il s'agit certainement d'une querelle de mots, ce qui tient à ce que tous ces termes sont rarement définis. Aussi a-t-on vu au congrès de Clermont les aliénistes et les neurologistes fort divisés. M. Pierret plus radical, sentant le vague de ces querelles, en supprime résolument le sujet : « La dégénérescence n'est pas une doctrine médicale, je me ferais un crime de l'enseigner à mes élèves; en agissant autrement, j'en ferais peut-être de mauvais anthropologistes, mais à coup sûr, ils ne deviendraient jamais des médecins. »

dont il retranche son « délire chronique », n'a pas les mêmes limites que celle de Krafft-Ebing qui renferme tous les cas de paranoïa chronique, y compris le « délire chronique ».

Je n'ai pas à m'attarder plus avant dans cet ordre d'idées si difficile de pathologie générale, mais il y a des troubles mentaux qui *semblent* naître et évoluer en dehors de toute *cause extérieure particulière*, ou pour lesquels la cause extérieure *semble n'être* qu'une cause occasionnelle d'ordre tout à fait accessoire; chez d'autres au contraire, sans causes extérieures, pas de trouble. Il y a donc une différence entre les deux cas, et par exemple la prédisposition de l'alcoolique qui fait un accès de délire subaigu ou de l'individu qui délire pour la moindre fièvre, n'est pas absolument la même chose que chez l'aliéné qui, dès son enfance, soupçonneux, méfiant, ombrageux et orgueilleux arrive à l'âge mûr à constituer un délire de persécution ou de grandeur chronique et systématisé. Cette distinction, si elle n'est peut-être pas absolue au point de vue théorique (je ne puis m'étendre davantage), est assez importante pratiquement pour mériter d'être relevée.

C'est pour ces dernières formes que la plupart des auteurs réservent le nom de psychoses dégénératives. Or il ressort des opinions les plus généralement adoptées que la confusion mentale primitive pourrait être créée de toutes pièces par des causes extérieures à l'individu ; la « prédisposition » (dite héréditaire ou acquise) dans ce cas ne faisant que faciliter plus ou moins l'action des causes extérieures (1). C'est ce que j'ai exprimé en disant que la confusion mentale devait être placée en dehors des folies dégénératives, qui pour la plupart des auteurs, je le répète, représentent un état constitutionnellement anormal de l'intelligence dans le développement duquel l'action des causes extérieures ne jouerait qu'un rôle absolument secondaire (théorie de la paranoïa). Si l'on admet la classification de M. Magnan,

(1) M. Féré, d'ailleurs à propos de la neurasthénie, dans sa *Pathologie des émotions*, admet lui-même que celle-ci peut être acquise en dehors de toute prédisposition. De plus je rappelle que Kraepelin, suivant les formes de ses psychoses d'épuisement, fait intervenir plus ou moins le terrain dans le développement du trouble pathologique. Enfin Hanot et Bucquoy (Arch. gén. de méd., juillet 1881) disent qu'il ne faut pas abuser de la prédisposition, de l'idiosyncrasie et que les maladies infectieuses peuvent créer de toutes pièces des troubles mentaux.

la confusion devrait rester encore en dehors des folies dites dégénératives (1).

Ainsi donc dans la conception de la confusion mentale primitive idiopathique entre la considération du rôle que jouent les causes tant intérieures qu'extérieures; les causes intérieures ou prédisposition ont besoin des extérieures pour créer l'affection. Si l'on admet que ce sont toujours des toxines qui lèsent l'organisme, la prédisposition ne réagirait que vis-à-vis de ces toxines, indispensables à la production du désordre particulier qui se manifeste sous la forme de confusion dite idiopathique. Quoi qu'il en soit, ce sont les agents extérieurs auxquels on attribue le rôle prépondérant, ce qui permet de la séparer d'un groupe de folies très important, si tant est qu'on veuille l'admettre. Elle rentrerait donc dans les troubles mentaux dits exogènes, suivant l'expression de R. Sommer. Parmi ceux-ci il y en a, comme les troubles causés par les intoxications, qui révêtent sur-

(1) Mais M. Magnan lui-même jusqu'à présent ne fait figurer nulle part dans sa classification ni la démence aiguë, ni la confusion, ni le délire hallucinatoire probablement non dégénératif (hallucinatorischer Wahnsinn) (Voyez Magnan, *Leçons cliniques sur les maladies mentales*, 2e éd., 1893).

tout le caractère de délires hallucinatoires et qui constituent les folies toxiques ; si l'on considère le trouble cérébral en lui-même, abstraction faite de sa cause, ce n'est qu'une affection ; mais on ne se contente pas de dire devant un individu qui a des hallucinations, c'est un fou, mais bien c'est un alcoolique, par exemple, et la clinique est arrivée à faire reconnaître dans quelques cas rien que par les symptômes la nature de la cause. S'il était démontré que la confusion idiopathique (l'ensemble des troubles tant physiques que mentaux, bien entendu) a toujours pour causes des intoxications par des ptomaïnes sécrétées par les microbes ou par l'individu, on pourrait en faire une affection liée à différentes maladies ou même différentes maladies (1). C'est au fond l'idée de Serbsky, qui espère qu'on arrivera à distinguer autant de confusions que de ptomaïnes différentes susceptibles d'amener ce trouble intellectuel, et qui dit qu'aucune psychose ne se rapproche autant des maladies qu'étudie la pathologie interne. Il y aurait donc alors autant de ma-

(1) J. Crespin, *Essai d'interprétation pathogénique de certaines névroses post-infectieuses.* Th. de Lyon, 1891-92, nº 628.

ladies à forme de confusion que de ptomaïnes différentes, et même il y aurait par exemple une confusion typhoïdique, influenzique, etc. Je me borne à signaler ce point de vue que l'avenir éclaircira. Mais nous ne savons pas s'il y a (quoique cela soit probable) intoxication, pour les confusions qui sont consécutives aux lentes détériorations de l'organisme, aux traumatismes, aux chocs moraux, etc. (1). De plus il *semble* dans ces derniers cas que l'affection soit due à un trouble nutritif qui une fois produit (surtout dans le cas de choc physique ou moral) évolue ensuite d'une façon indépendante. Aussi Kraepelin par exemple et Aschaffenburg continuent-ils à ranger la confusion dans les psychoses par épuisement, sans en faire expressément une psychose toxique. En admettant donc dans tous les cas que ce fût un poison qui causât la confusion, il resterait à savoir si ce poison agit au début seulement ou dans tout

(1) Ed. Hitzig (an. in Neur. Centralblatt, 1894, nº 18, p. 649) pense que le tabès, suite de traumatisme ou de refroidissement, doit être très probablement rapporté à une infection amenée par ces causes extérieures ; il semblerait donc que ces facteurs pourraient amener une intoxication qui pourrait aussi donner lieu à la confusion.

le cours de l'affection. Il faut avouer d'ailleurs que l'observation qu'à rapportée M. Régis au congrès de Clermont-Ferrand (1) donne bien des tentations de rapporter souvent la confusion à une intoxication persistante. Peut-être pourrait-on admettre les deux manières de voir, le trouble apporté à l'écorce cérébrale par le poison, se manifestant dès l'abord sous cette influence directe un certain temps, puis existant ensuite par lui-même. L'étude des polynévrites d'ailleurs soulève le même problème. Et quoiqu'au fond nous ne sachions pas exactement ce qu'il en est, si, par exemple dans la névrite alcoolique, c'est bien l'alcool qui est l'agent direct de la dégénération nerveuse, il est difficile de croire qu'il ne soit pas éliminé avant la fin de l'affection, qui continue à évoluer et même peut récidiver sans nouvelle absorption d'alcool. Aussi jusqu'à de nouvelles recherches paraît-il provisoirement prudent de qualifier d'affection la confusion (car elle semble comporter une lésion qui doit en gros être toujours la même) et ajoutant idiopathique afin de la séparer des autres confusions dites symptomatiques, dont

(1) Arch. de neurologie, nº 91, p. 264.

l'évolution semble bien liée directement à celle de la maladie principale reconnue. Pour qu'il n'y ait pas d'erreur d'interprétation, je le répète encore, le nom de confusion primitive idiopatique s'applique à cet ensemble de troubles *tant somatiques que psychiques*, qui paraît avoir une existence *sui generis*, tandis que le mot de confusion symptomatique s'applique surtout au trouble cérébral faisant partie de différentes maladies (comparez encore une fois avec les néphrites dont les relations avec les maladies infectieuses me paraissent avec une grande analogie avec celles de la confusion avec ces maladies). Il y a là quelque ambiguïté dans la terminologie qui ne pourrait être levée qu'en employant un autre mot pour caractériser la confusion mentale primitive idiopathique. Mais cette séparation ne serait pas absolue, comme on le voit, si on admet que certaines confusions dites idiopathiques (peut-être toutes) sont directement liées à une infection ou auto-intoxication, car alors elles deviennent, si l'on veut, symptomatiques. Il semble d'ailleurs bien que certaines confusions réellement symptomatiques, comme celles liées

à l'inanition, peuvent être considérées comme devenues idiopathiques lorsque, malgré le traitement, la confusion persiste ; le trouble purement fonctionnel au début est devenu plus organique et il faut du temps pour que la restitution *ad integrum* s'opère. En l'absence de la notion étiologique certaine que l'on cherche encore, le mot de psychose d'épuisement peut-il servir à quelque chose ? Provisoirement encore oui, en faisant remarquer toutefois que ce mot d'épuisement est très vague et ne fait que représenter l'aspect somatique de « dénutrition » et l'aspect psychique qui a quelques-uns des caractères, comme l'a montré Aschaffenburg, de ceux psychologiques de la fatigue cérébrale (1). Enfin l'anatomie pathologique paraît donner plus souvent des résultats dans le trouble qui m'occupe que dans les autres folies aiguës, de telle sorte que cette folie serait à rapprocher

(1) Kraepelin exprime la même opinion en disant qu'il s'agit d'une perte très brusque de l'équilibre dans le système nerveux central qui s'accompagne d'une augmentation de l'excitabilité centrale motrice, d'obtusion contre les impressions extérieures et excitabilité sensorielle. Ceci a surtout lieu dans le délire de collapsus.

Mais qu'est-ce que la fatigue ? Ne serait-ce pas une intoxication ?

dans le grand groupe des folies d'origine exogène de celles qui ont une lésion palpable, occupant une place intermédiaire entre celles-ci et les pures psycho-névroses. Mais la modification intime, résultat du conflit entre ces causes encore incertaines et l'organisme plus ou moins prédisposé, nous échappe donc et ce n'est qu'une approximation si, avec Meynert, on la caractérise du nom d'épuisement. Quant à savoir exactement anatomiquement quelle est cette lésion, on a vu à l'anatomie pathologique le peu de résultats obtenus.

Malgré tout, cette affection, on a pu la placer dans le groupe des folies exogènes en la séparant des folies dites endogènes. Cette séparation est-elle absolue, autrement dit le trouble cérébral manifesté dans la confusion idiopathique doit-il être séparé absolument du trouble cérébral que présente par exemple le persécuté systématique? car toutes ces distinctions sur la cause et la prédisposition n'empêchent pas qu'au fond tout trouble pathologique doit être rapporté à une cause extérieure qui a porté son action, soit sur l'individu lui-même à quelque période de son développement que ce

soit ou même avant sa naissanee sur ses parents, et toutes ces distinctions reposent sur les différentes réactions des troubles pathologiques les uns sur les autres ; et enfin il s'agit de savoir si les manières d'être pathologiques de l'organisme *considérées en elles-mêmes* sont réellement spécifiques et quels sont leurs rapports. Ce sont là des problèmes bien ardus, qu'il m'est impossible d'aborder ici et qui aboutissent pour les maladies mentales à eette question : la folie est-elle une dans son essenee, comme le voulait Morel (1)? Je crois que personne ne peut répondre actuellement d'une façon certaine, bien qu'il me semble (tout ee que je viens de dire précédemment le laisse entrevoir) bien possible que ee soit une opinion eontraire à celle de Morel qui pourrait être la vraie. Aussi, pour revenir à une question qui paraît plus simple, mais qui a déjà suscité de nombreuses discussions, me contenterai-je de chercher quels rapports la confusion dite idiopathique peut avoir avec des formes voisines

(1) Voir la célèbre *Discussion sur les classifications de la folie*, Soc. médico-psychologique, 1860, 1861. Ann. méd.-psychol., t. VII, 1861, p. 123, 143, 316, 329, 456, 473, 642, 648.

comme le délire aigu, la psychose polynévritique, la paralysie générale et certains délires hallucinatoires en me plaçant simplement au point de vue clinique.

Pour le délire aigu, comme la tendance actuelle est de le relier à des infections (1) peut-être spéciales, on peut admettre que certains cas puissent rentrer dans la confusion idiopathique dont ils seraient une forme mortelle.

Quant aux psychoses polynévritiques, certaines d'entre elles revêtent la forme de confusion mentale (2), elles ont la même étiologie. Mais c'est pour ne rien préjuger que j'ai rangé ces cas dans les confusions symptomatiques (quoiqu'il puisse se faire que cette forme rentre tout entière dans la confusion) (3), car le trouble de la mémoire prédominant semble leur donne une empreinte particulière (4). Mais il y a peut-

(1) Bianchi, d'Abundo, Martinotti, Hitzig, etc., XIe Congrès internat. à Rome, Riv. sp. di Freniatria, vol. XX, f. II, 1894, p. 279; et Bianchi et Piccinino, *Sulla origine infettiva di una forma di delirio acuto*, Atti della Reale Accademia medico-chirurgica di Napoli, anno LXVII, janvier-février, N. S., nº 1.

(2) Voir Korsakoff, Collela (*loc. cit.*).

(3) Babinski (art. Des névrites, *Traité de méd.*, t. VI) tend à admettre cette opinion.

(4) Charcot avait déjà signalé ces troubles de la mémoire dans les paralysies alcooliques, sans entrer dans aucun dé-

être des formes de transition (1), comme paraît l'admettre Korsakoff lui-même dans son *Traité* (p. 301), car il dit que la confusion mentale asthénique est une forme intermédiaire entre les états psychopathiques de courte durée et les états caractérisés comme la psychose polynévritique. Pour le dire en passant, pour Korsakoff, l'amentia de Meynert serait aussi une confusion mentale primitive prolongée par reliquat d'une confusion de courte durée, ce qui rentre dans ce que j'ai dit plus haut sur la façon de concevoir cette affection idiopathique et sur les rapports qu'elle présente avec certaines confusions symptomatiques.

On a décrit des cas de paralysie générale consécutive aux maladies infectieuses (2), et l'on peut se demander si certains cas de confusion où il y a des modifications pupillaires durables, des troubles très marqués dans l'articulation

tail, par une simple phrase : « elles ne se souviennent plus ; toutes deux ont perdu la mémoire », dans une leçon sur *les paralysies alcooliques*, Gazette des hôpitaux, août 1884, nº 99, p. 785.

(1) Le cas de Régis communiqué au congrès de Clermont-Ferrand en serait un exemple.

(2) Krypiakiewicz, cité par Régis dans son *Rapport*, p. 54 ; Régis, p. 54.

des mots ne seraient pas une forme de passage entre les deux sortes d'affection. Klippel (1) a a décrit une pseudo-paralysie générale névritique, dont l'existence apporterait un certain appui à cette manière de voir. Il y aurait donc certaines relations entre les confusions graves, certaines paralysies générales et les psychoses dites polynévritiques.

A côté de la confusion et paraissant se développer sous des influences analogues (2), on a décrit des délires hallucinatoires dans lesquels le symptôme confusion paraît surtout reposer sur la prédominance des hallucinations. Mendel, dans sa leçon récente, l'identifie avec le délire traumatique de Dupuytren, avec le délire qui se produit à la suite de l'opération de la cataracte. Bien qu'il me semble que dans la description de Mendel doivent rentrer des cas de confusion hallucinatoire, il me paraît, comme Schüle l'admet, qu'il y a des délires

(1) Klippel, *Des pseudo-paralysies générales névritiques*, Gaz. hebdomadaire, 4 février 1893.

(2) Voyez l'article de G. Ilberg, *Die intoxicatorische Form des hallucinatorischen Wahnsinns* (*Kraepelin*), Bericht ü. d. 24 Versamml. d. Südw.-d. Irrenärzte, etc., Allg. Z. f. Psychiatrie, 1894, B. 50, H. 5, p. 1087.

hallucinatoires que l'on ne peut mêler absolument avec la confusion mentale, quoiqu'ils s'en rapprochent. J'en ai observé un cas comme je l'ai dit déjà, et qui n'avait d'ailleurs pas les caractères de ceux que l'on range sous le titre de paranoïa aiguë. Schüle admet qu'il y a entre ces délires hallucinatoires et la confusion des rapports assez étroits, surtout naturellement avec la confusion où prédominent les hallucinations. C'est ce que j'avais déjà indiqué ailleurs.

Mais il faut lire à ce sujet le rapport de Cramer sur la paranoïa (1) et la discussion embrouillée qui a suivi entre Mendel, Jastrowitz, Jolly, Moeli, Neisser, Cramer, Bœdeker (2). Cramer et Bœdeker veulent faire rentrer la confusion dans la paranoïa. Jolly se rattache à cette opinion ; Moeli discute surtout les différentes origines intellectuelles ou sensibles du délire. Mendel et Jastrowitz combattent les

(1) A. Cramer, *Abgrenzung und Differential-Diagnose der Paranoia*, Allg. Z. f. Psychiatrie, LI, 1894, 2, p. 286.

(2) *Discussion* sur le rapport de Cramer et Bœdeker à la Soc. psych. de Berlin, Allg. Z. f. Psych., t. LI, p. 178 et p. 488. V. Arch. Neurologie, nº 94.

Voyez aussi Keraval, *Les délires plus ou moins cohérents désignés sous le nom de Paranoïa*, Arch. de neurologie, nºs 94, 95, 96.

vues de Cramer. Bref on ne s'est guère entendu ni sur la fond ni sur la terminologie ; ce qui tient surtout, je crois, à ce qu'on n'a pas cherché du tout (sauf Mendel, à la fin de sa réplique) à faire entrer suffisamment en ligne de compte l'état somatique ni l'étiologie.

Enfin les formes légères de Delasiauve semblent semblent se rapprocher de la neurasthénie.

Ces distinctions et ces rapprochements ne peuvent nous faire oublier que la confusion a dans un grand nombre de cas une physionomie clinique qui permet de poser un diagnostic. D'ailleurs Ziehen, qui fait de la confusion une forme de sa paranoïa (1) et qui par conséquent la mêle bien plus que je ne le fais à d'autres formes hallucinatoires, fait la réflexion que dans les maladies nerveuses, les formes de passage n'empêchent pas une unité relative de chacune des formes principales. C'est cette unité clinique relative de la confusion mentale

(1) Les vues de Ziehen ne paraissent pas rencontrer une approbation unanime, car Kraepelin ne parle pas dans sa 4e éd. de la « paranoia dissociativa » et Aschaffenburg dans son compte rendu de l'article de Ziehen le critique fortement (voyez *Neurol. Centralbl.*, 1894, no 3, p. 11).

primitive idiopathique que je crois devoir admettre. Cela suffit pratiquement, de même que l'hystérie n'en subsiste pas moins en gros (jusqu'à présent), malgré les discussions auxquelles ses rapports avec la folie proprement dite donnent encore lieu (1).

J'ai déjà indiqué en passant les rapports possibles de la confusion idiopathique avec les confusions symptomatiques, mais il n'est pas absolument démontré que certains cas de confusion symptomatique, comme dans l'hystérie, ne soient pas idiopathiques. De plus, quand on a affaire à une confusion épisodique qui vient compliquer une autre maladie mentale par exemple, il faut avoir bien soin de chercher si on est en présence d'une confusion idiopathique ou d'une confusion symptomatique, et encore faut-il savoir à quoi on doit rapporter cette dernière (inanition, fièvre, trouble gastrique, etc.).

Quant aux confusions que j'ai rangées sous ce dernier chef, elles ont pour caractère essentiel, tout en étant primitives, de suivre pas à pas la maladie dont elles font partie. Elles sont

(1) Voyez la *Discussion au Congrès de Clermont* de 1894, Arch. de Neurologie, n° 91.

encore primitives dans le sens que j'ai attaché à cette expression, et comme je l'ai déjà montré, on peut se demander si elles ne peuvent pas passer insensiblement à la confusion primitive autonome ou être admises comme telles. Elles doivent évidemment être rattachées à une perturbation organique passagère plus ou moins semblable à celle de la confusion mentale autonome. Quant aux folies circulaires dont un stade peut revêtir l'aspect de la confusion mentale et que j'ai rangées dans les confusions symptomatiques, elles sont encore trop peu étudiées pour que je puisse m'aventurer à exprimer une opinion à leur sujet. Mais par suite de leur évolution qui se termine d'une façon si régulière, il est probable que la modification organique n'est pas absolument la même que dans la confusion primitive.

Il me reste, avant de donner une définition, à justifier les formes que j'ai admises dans l'intérieur de la confusion mentale, car j'ai réuni sous ce même nom, à côté de la confusion proprement dite, le délire de collapsus de H. Weber et de Kraepelin, et d'autre part la stupeur primitive ou démence aiguë. Kraepelin, comme

nous l'avons vu, les range dans son groupe des psychoses asthéniques et il admet une sorte de gradation depuis le délire de collapsus jusqu'à la stupeur, cette dernière représentant pour ainsi dire la perturbation la plus intense mais non la plus grave. C'était au fond la manière de voir de Delasiauve, qui allait même plus loin puisqu'il faisait rentrer tout cela dans sa confusion. C'est cette manière de voir que j'ai adoptée, bien que la démence aiguë soit séparée de la confusion par Krafft-Ebing et d'autres, comme par exemple Ziehen. Mais il me semble que cet arrêt ou ce ralentissement qui prédomine dans la démence aiguë se présente aussi dans la confusion mentale en même temps que cette dissociation des représentations, qui ne représente qu'un des modes de ce ralentissement. De plus, dans le cours de la confusion mentale primitive, on voit souvent se produire des accès d'arrêt complet, et entre cette confusion et cette démence aiguë il y a tous les intermédiaires. J'ai eu d'ailleurs l'occasion tout dernièrement de voir un cas de stupeur primitive. Tandis que Ziehen, par exemple, admet que dans cette démence aiguë, si le malade répond

à une demande, cette réponse est toujours juste quoique lente et pénible, dans mon cas le malade restait absolument comme un confus et ses perceptions étaient tout aussi incohérentes, incomplètes ou contradictoires. Quant au délire de collapsus qui est généralement tumultueux et hallucinatoire, la confusion fait encore le fond du trouble mental. Pour les formes légères, confusions légères, semi-stupidités de Delasiauve, il n'y a pas de doute à leur sujet, bien qu'il soit probable qu'elles soient le terrain de transition avec la neurasthénie. Quant aux formes qui se rapprochent le plus des maladies infectieuses par la prédominance des signes physiques, on peut toujours se demander si on n'a pas affaire à une véritable maladie et si alors la confusion n'est pas seulement une confusion symptomatique.

La conclusion naturelle de cette longue discussion est de proposer une définition de la confusion idiopathique. Je passerai d'abord en revue quelques-unes des définitions données par les auteurs.

La définition d'Esquirol, indiquée au début de l'historique, serait très bonne si elle dis-

tinguait suffisamment la confusion mentale des démences. Je la rappelle encore néanmoins ici : c'est une affection cérébrale ordinairement sans fièvre et chronique, caractérisée par l'affaiblissement de la sensibilité, de l'intelligence et de la volonté avec incohérence des idées, le défaut de spontanéité intellectuelle et morale. Il s'y joint la perte de la faculté de saisir le rapport des choses, de les comparer, d'en conserver le souvenir complet, d'où résulte l'impossibilité de raisonner juste. Georget définissait la stupidité, l'absence accidentelle de la manifestation de la pensée. Je rappelle aussi que Delasiauve, sans donner une définition directe, fait entrer en considération l'aspect du malade. « Un stupide, dit-il, est un individu qui ne pense pas et dont l'impuissance se trahit par l'immobilité extérieure, la lourdeur des traits, l'inexpression de la physionomie et l'absence de manifestations intellectuelles. »

M. Dagonet, résumant dans son *Traité* les opinions des auteurs qui admettent l'existence de la stupidité, dit que ceux-ci, sous le nom de stupidité, ont désigné une forme particulière d'aliénation mentale dans laquelle des mani-

festations délirantes peuvent s'observer, mais qui a pour symptôme caractéristique un état de stupeur et l'impossibilité plus ou moins marquée dans laquelle se trouve le malade de coordonner ses idées, d'apprécier la nature de ses sensations et surtout d'accomplir les actes de la volonté nécessaire à la vie de relation. Dans ces définitions et dans les descriptions de l'affection, on remarquera, au point de vue psychologique, que l'absence d'idéation et l'incoordination sont présentées ensemble.

Wille en donne une très longue et sa première phrase peut servir à caractériser suffisamment la maladie : « La confusion mentale est une maladie du cerveau fonctionnelle, souvent aiguë, mais non rarement chronique, qui commence presque régulièrement avec un stade aigu hallucinatoire, se caractérise ultérieurement par de la confusion mentale, un délire désordonné, un manque de repos sans motif, alternant avec des états intercurrents d'excitation ou de stupeur. »

Meynert, qui s'est longuement occupé du côté physiologique, la caractérise par le trouble de la conscience, consécutif à l'épuisement de

l'écorce, accompagné de phénomènes d'excitation divers, sensoriels ou moteurs, qu'il rapporte au fonctionnement exagéré des ganglions centraux.

Krafft-Ebing, dans sa troisième édition, admet d'une part la stupidité et d'autre part le Wahnsinn ; il ne donne de définition que pour la première. C'est un ralentissement dans le fonctionnement psychique qui peut aller jusqu'à l'arrêt, avec absence d'émotion. Le Wahnsinn hallucinatoire ne s'en différencie que par l'adjonction dans le cerveau épuisé de phénomènes d'excitation.

Schüle ne donne pas de définition et il décrit sous des noms différents des cas qui se rapportent à la confusion. Dans les deux traités classiques allemands les plus récents, celui de Ziehen et la quatrième édition de celui de Kraepelin, nous trouvons sur notre sujet des renseignements importants. Ziehen, surtout psychologue, définit la stupidité une psychose dont le symptôme principal est l'arrêt plus ou moins complet de toutes les associations ; mais les cas où il y a du délire, il les range dans la variété incohérente de la

paranoïa aiguë, la caractérisant par l'apparition primitive de l'incohérence des associations.

La meilleure définition (1), à mon point de vue, est celle que donne Kraepelin. Dans le groupe des états d'épuisement aigu, psychoses asthéniques, avec la confusion mentale, il range le délire de collapsus et la démence aiguë en reconnaissant ces différents états comme étant des degrés d'un même trouble apporté au fonctionnement cérébral. Pour lui le délire de collapsus est un état de confusion profond à développement excessivement rapide, avec trouble des sens analogue à celui du rêve, avec idéorrhée, variation de l'émotion et excitation motrice vive. La démence aiguë est caractérisée par la paralysie profonde et rapide de toutes les fonctions psychiques les plus élevées. Enfin la confusion mentale, pour ainsi dire intermédiaire aux deux autres, est un état de confusion en forme de rêve avec perversion par illusion ou hallucination de la perception, état aigu développé par suite de l'atteinte portée par une cause extérieure nuisible. Cette

(1) En tant que définition, car la *Description* de Delasiauve est fort bonne.

dernière définition me paraît la meilleure qui ait été donnée jusqu'à présent, car elle rappelle l'action nécessaire d'une cause ordinairement palpable et par suite sous-entend l'état somatique et l'allure clinique totale. La réunion du délire de collapsus, de la confusion et de la démence dans un même groupe de psychoses asthéniques me paraît fort heureuse. Je crois que l'on pourrait les réunir encore plus étroitement (comme le font Delasiauve et Dagonet) dans une même définition, ne les considérant plus que comme des variétés d'une même affection.

Je proposerai donc la définition *provisoire* suivante :

La confusion mentale primitive idiopathique est une affection, ordinairement aiguë, consécutive à l'action d'une cause ordinairement appréciable, en général une infection, qui se caractérise par des phénomènes somatiques de dénutrition et des phénomènes mentaux : le fond essentiel de ceux-ci, résultat premier de l'état somatique, est constitué par une forme d'affaiblissement et de dissociation intellectuels, confusion mentale, qui peut être accompagnée ou

non de délire, d'hallucinations, d'agitation ou au contraire d'inertie motrice, avec ou sans variations marquées de l'état émotionnel.

CHAPITRE IX

Traitement.

Les anciens auteurs ont établi un traitement qui, quoique basé sur une interprétation particulière de l'affection, ne laissait pas de donner de bons résultats, que l'on peut expliquer, si l'on veut, par les nouvelles hypothèses sur la genèse par infection. Sauze préconisait aussi à la suite du traitement physique le traitement moral dont il tira d'excellents effets. J'exposerai d'abord en quoi doit consister le traitement physique.

I

Pour Etoc la seule indication était de faire disparaître la sérosité ; et Ferrus recommandait de provoquer des sécrétions dérivatives. Delasiauve préconisait dans le même but les sangsues aux oreilles, les ventouses

à la nuque, les pédiluves irritants, les exutoires, les révulsifs intestinaux, et enfin les préparations diffuses. Tout cela avait pour but de faire résorber la sérosité, en imitant ces crises qui jugent parfois favorablement l'affection. Sauze, dans la première période de la confusion, après avoir combattu l'état saburral ordinaire par l'administration de quelques purgatifs, s'adressait pour relever la nutrition aux toniques et aux ferrugineux. Lorsque ce régime avait redonné des forces au malade, il employait le séton et le vésicatoire à la nuque ; il aimait peu les saignées et les purgatifs, mais il donnait d'après le procédé de Ferrus la douche froide. Il recommande aussi, d'après Dagonet, des frictions avec une éponge imbibée d'eau froide, après lesquelles on place le malade au lit, recouvert de plusieurs couvertures afin d'amener une diaphorèse abondante. Enfin Sauze s'efforçait de faire réapparaître les règles par les sangsues à la vulve et les bains de pieds sinapisés. Contre certains troubles plus ou moins surajoutés ou passagers, il agissait aussi énergiquement : contre l'embarras gastrique avec ictère, il employait l'émétique ; contre la cons-

tipation, les purgatifs ; enfin il s'efforçait d'enrayer la diarrhée, très dangereuse d'après lui, par l'amaigrissement rapide et le marasme qu'elle entraîne. Mais il recommandait avec justesse de continuer l'alimentation à tout prix. Pendant la convalescence où il y a souvent un peu de céphalalgie, d'anxiété, d'irritabilité et d'insomnie, les bains tièdes calment facilement ces symptômes. Quant à l'hygiène, elle n'offre rien de spécial : il faut avoir soin d'aérer convenablement la chambre, de tenir les malades au lit en les surveillant pour la propreté, vu le gâtisme ; enfin panser les escarres, si elles se produisent.

Il y a bien peu de choses à ajouter à ces indications. Mais on n'emploiera plus guère le séton ou le vésicatoire qui semble bien inutile et qui peut être nuisible. On pourra, si l'on veut, dans certains cas, pour exciter un peu le malade, quand il est très affaissé, employer les bains sinapisés généraux, et lorsqu'il y a une fièvre intense, les bains froids ou le drap mouillé. On se rappellera que les aliments les meilleurs sont les œufs et le lait. Quelquefois on sera obligé d'employer la sonde ou les lavements

nutritifs. Mais en tout cas on devra s'efforcer de suralimenter le patient autant que l'état de l'appareil digestif le permettra. Il me semble nécessaire d'insister sur le maintien du malade au lit ; cela ne sera pas en général bien difficile, étant donné la docilité et l'indifférence ordinaires du confus. Ce traitement par le repos au lit est maintenant très répandu, surtout en Allemagne (Neisser), et on aurait avantage à l'appliquer en France. Le grand obstacle dans les asiles est le défaut de personnel bien dressé ; car celui que nous avons, mal recruté et mal payé, parfois malheureusement d'une éducation et d'une moralité inférieures, se borne à une surveillance matérielle, sans remplir le véritable rôle de l'infirmier. Le repos au lit chez le confus, dont l'état somatique est celui d'un vrai malade, a pour premier avantage d'empêcher celui-ci de s'épuiser encore plus, de se refroidir, et il a pour second avantage de donner au patient le vague sentiment qu'il se trouve dans un état pathologique, sentiment utile à faire naître au point de vue moral.

Contre l'insomnie les bains prolongés offrent ne ressource précieuse ; cependant ils ont l'in-

convénient d'affaiblir le patient ; au besoin on administrera un peu de sulfonal ou de trional ou de valérianate d'ammoniaque, mais on ne devra jamais, comme le remarque M. Séglas, donner les bromures alcalins qui augmentent la dépression intellectuelle et qui ont une mauvaise influence sur l'appareil de la digestion. Contre les accès d'agitation extrême il paraît peu indiqué, sauf exceptionnellement, d'employer l'hyoscine ou la duboisine qui amènent des troubles trop marqués et augmenteraient l'incohérence. Les bains prolongés seront moins dangereux. Dans les cas de collapsus, l'alcool ou le vin vieux paraît exercer une bonne influence, les toniques cardiaques, caféine, spartéine, digitale, peuvent être indiqués. Le massage, surtout dans la convalescence, peut être utile. Enfin dans le cas d'anxiété passagère, l'opium est le médicament par excellence. L'hypothèse de l'auto-intoxication a conduit à employer les antiseptiques intestinaux. Le lavage de l'estomac pourra être pratiqué. Comme il y a presque toujours un trouble très prononcé des fonctions digestives, cette antisepsie ne peut en tout cas qu'être avantageuse

en empêchant l'action secondaire de la dyspepsie presque constante. Le benzonaphtol, par exemple, donne de bons résultats ; il est meilleur que le naphtol β qui agit quelquefois fâcheusement sur l'estomac. Les diurétiques seront parfois utiles, mais le meilleur est le lait que j'ai déjà indiqué comme devant être donné comme aliment.

Pour l'hygiène générale, il faut éviter surtout les refroidissements, maintenir toujours la peau propre, la bouche doit être nettoyée avec soin, etc.

Telles sont les principales lignes du traitement physique (1). Il faut y joindre le traitement des complications et celui de certaines formes de la crise, comme les furoncles surtout,

(1) Al. Robertson (*The J. of mental science*, janvier 1891, an. in Ann. médico-psychol., mars-avril 1894, p. 323) a employé un traitement particulier dans un cas de stupeur. Il appliquait sur le crâne un bonnet rempli d'eau chaude tous les jours pendant une heure. Pendant la première demi-heure la température était de 43° à 46°, puis graduellement abaissée; puis l'eau chaude était remplacée par de l'eau glacée pendant vingt minutes. Il y joignait des frictions sur tout le corps, le massage et, à partir du deuxième mois, l'électricité sous forme de courants continus de 2 à 4 milliampères, le pôle positif placé à l'extrémité inférieure de la colonne vertébrale, l'électrode négative étant promenée lentement autour de la tête.

que l'on doit empêcher de gêner la convalescence.

Pendant cette convalescence, on devra établir un bon régime, surveiller l'époque des règles qui peuvent être l'occasion d'une rechute, enfin prendre toutes les précautions nécessitées par l'état de faiblesse irritable du système nerveux. Quant aux restes du trouble mental signalés, on pourra les combattre par les moyens ordinaires, mais le fond du traitement sera toujours la restauration de l'état physique.

II

Mais le traitement physique ne suffit pas, et il faut avoir recours au traitement moral, dont les règles ont été indiquées si clairement par Sauze qu'on n'a rien de mieux à faire que de les suivre à la lettre. Il est bien curieux encore et triste à la fois de constater que ce chapitre de Sauze sur le traitement moral a été complètement oublié pendant si longtemps. Cela tient peut-être à la réaction exagérée qui a suivi le célèbre livre de Leuret (1840). Voici les règles formulées par Sauze : « Si, dit-il, dans la période d'acuité,

le traitement moral est impossible, il n'en est plus de même dans la période de déclin. Quand l'intelligence recommence à fonctionner, quand arrivent les rémissions, il faut activer sans relâche les opérations cérébrales ; il faut interroger les malades, fixer leur attention, insister quand leur réponse est ou trop lente ou peu précise. On doit s'attacher à leur faire comprendre qu'ils sortent d'une maladie grave ; on les voit presque toujours être dans l'étonnement, ne pas se rendre compte des diverses circonstances de leur maladie, ni du changement qui s'est opéré en eux, comme un individu qui pendant son sommeil, transporté dans des lieux inconnus, mettrait un certain temps à reprendre ses sens. Quelques-uns nous ont dit qu'il leur semblait sortir d'un long sommeil. A ces malades qui se réveillent, il faut expliquer tous ces détails, les éclairer sur leur position, rappeler leur mémoire, leur poser de petits problèmes et leur en demander plus tard la solution. Cet exercice intellectuel, répété chaque jour sans interruption, en procédant des choses simples aux questions plus difficiles, ramène peu à peu toutes les facultés à leur

activité première : c'est comme un enfant dont l'intelligence se développe progressivement.

« En même temps que par la conversation on force le malade à mettre en jeu ses diverses facultés, il faut encore le mettre au travail. Cet exercice salutaire achève de rétablir la santé physique, maintenant l'appétit et le sommeil, et donne également à l'esprit une préoccupation qui produit le meilleur effet. C'est en suivant cette méthode, en ayant recours à ces divers moyens, qu'on verra chaque jour l'intelligence faire un progrès nouveau. Les réponses, d'abord lentes, deviennent plus faciles; le malade s'occupe avec plus d'intérêt de ce qui l'entoure; son attention se fixe plus souvent sur les objets qui sont à sa portée. A mesure que l'attention est revenue, cette faculté mère de toutes les autres facultés, comme le professait Laromiguière, les autres facultés de l'entendement ne tardent pas à suivre la même voie de progrès. Après avoir observé ce qui se passe autour de lui, le malade compare entre eux ces divers objets qui ont fixé son attention, il saisit leurs rapports, raisonne, en un mot, comme il le faisait auparavant. La mémoire, d'abord

obscure et infidèle, reprend toute sa puissance; la volonté suit dans sa marche les progrès de l'entendement; cette apathie, cette inertie si complète finit peu à peu par disparaître. Les malades ne se laissent plus pousser ni conduire par le premier venu; ils ont repris la conscience de leur moi. »

M. Séglas remarque qu'en appliquant ce traitement moral, on ne devra jamais oublier qu'il ne faut pas fatiguer le malade, sinon on s'expose à un arrêt dans la convalescence ou même à une rechute.

La plupart des cas de confusion mentale se rencontrent ordinairement dans la clientèle de la ville et on en voit peu à l'asile. Cela tient probablement à ce que les malades sont assez dociles et n'offrent pas les difficultés que présentent les aliénés ordinaires. Mais si l'on en était sollicité par la famille, devrait-on placer le patient dans une maison de santé ou un asile? Sauf dans les cas où il y a une grande agitation ou lorsque les parents ne peuvent surveiller suffisamment leur malade, il est beaucoup plus avantageux pour celui-ci de le garder chez lui. Le changement de milieu ne

peut agir que défavorablement en augmentant la désorientation, la confusion des idées qui s'accroît tout naturellement lorsque le malade est transporté brusquement loin des choses et des personnes qui lui sont familières. Cela n'empêchera pas de prescrire, comme dans une maladie ordinaire, le repos le plus complet, l'isolement et la suppression des visites, mais il faut maintenir le malade en contact avec sa famille. Cela est important pour les intervalles lucides, plus ou moins marqués ou fréquents suivant la forme, et surtout pour la période où le malade, cherchantspontanément à s'orienter, est remis peu à peu dans la bonne voie par la vue des objets qu'il connaissait. Cela est encore d'autant plus important que le traitement moral consistant surtout à faire revivre les anciennes images mentales, la présence des parents et leur coopération naturelle dans ce travail de reconstitution de la synthèse mentale sont des adjuvants efficaces. Cette présence seule amène la quiétude dans l'esprit du malade, surtout de celui qui, se sentant comme égaré, éprouve le besoin d'avoir sans cesse à côté de lui quelqu'un qui le rassure et le guide.

INDEX ALPHABÉTIQUE

DES AUTEURS CITÉS

(1) Je n'ai pu arriver à savoir si Schäfer et Schaefer sont bien deux auteurs *différents*, n'ayant pas consulté moi-même l'indication de la note page 67.

TABLE DES MATIÈRES

PREMIÈRE PARTIE

DEUXIÈME PARTIE

9522-95. — Corbeil. Imprimerie Éd. Crété.